

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Ühiskonnateaduste instituut
Sotsiaaltöö- ja sotsiaalpoliitika õppekava

Psüühikahäirega tööealiste kogukonda kaasamise võimalused Elva valla näitel

Magistritöö

Sille Kask
Juhendaja: Dagmar Narusson, PhD

Tartu 2020

Käesolevaga kinnitan, et olen koostanud magistritöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, olulised seisukohad, kirjandusallikad ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Sille Kask

25.05.2020

ABSTRACT

The possibilities of including people of working age with mental illness to the community of Elva municipality

The aim of the master's thesis is to find out the possibilities of involving people of working age with mental illnesses to the community. It is important to understand how much the aspects of everyday life (e.g. living, working, health, well-being, self-care, and leisure time) affect one's integration into the community. Experiences and self-perceptions of people with mental illnesses in the context of society help to understand better in which areas of life they need to work harder and how to get significant support from the community (relatives, friends, neighbours and colleagues).

The study was looking for answers to the three research questions:

1. What effect does a mental illness have on coping with everyday life and relationships with loved ones, neighbours, and those around them?
2. How do people with mental illness perceive themselves in the context of society?
3. How can support staff facilitate the integration of a person with mental illness into the community?

When composing the theoretical part of the master's thesis, the focus was on the factors influencing the lives of working age people with mental illness. In this thesis, it is briefly explained what social vulnerability is and how working age people with mental illness are socially vulnerable. I also provide an overview of discrimination, stigmatization, social exclusion, and isolation. As the aim of the master's thesis is to find out the possibilities of involving people of working age with a mental illness in the community, I also consider the community and the possibilities of its development in this thesis. Wong and Solomon (2002) define community integration by dividing it into three dimensions: physical, social, and psychological. It is important to understand what the sense of community means to people with mental illness. A sense of community means a sense of belonging and being necessary to each

other, and a belief that the needs of members are met with the goal of being together (McMillan and Chavis, 1986: 8). In this thesis, I also discuss the importance of welfare networks for a person of working age with a mental illness.

In the thesis a qualitative research method was used. In order to collect data, semi-structured interviews were conducted. The sample was made of two working age people with mental illness in Elva municipality and persons in their supporting function (regional coordinator, community member and support person).

The analyses of the interviews revealed that mental illness affects the performance of the simplest and most basic tasks of daily life, robbing a person his or her willpower and energy. Therefore, people with a mental disorder must constantly force and motivate themselves to perform important activities (taking care of themselves, preparing food, cleaning rooms, etc.) Mental illness also affects human relationships, where the flood of emotions and the inability to control their behaviour may often result in abandonment by loved ones.

Economic difficulties are mainly caused by debts that have reached bailiffs and have been difficult to repay. In terms of job prospects, the situation is difficult, as people with mental illness have no required education, work habits or work experience to find a more profitable and secure job.

People of working age with a mental illness constantly doubt their necessity and importance and compare themselves with other people and their achievements. However, such comparisons have a detrimental effect on self-confidence and self-fulfilment. People of working age with a mental illness perceive the derogatory mockery and condemnation of loved ones and neighbours when they are unable to express themselves and their problems clearly in certain situations. It is also preferable to communicate and build new relationships with people with whom they feel similarities.

According to the persons in the support function, the most important thing is the openness and activeness of the persons with mental illness to new situations, opportunities, and relationships. It is easier to move on from this stage with help, providing them with the necessary information, material support or empowering them to try new things in their lives. It is very helpful if the employee in the support function has previous experience and an overview of the background

history of the person with a mental illness, so it is easier to find suitable solutions for his or her integration into the community.

Based on the results of the study, the following suggestions were made:

- When involving people with mental illness in the community, all aspects of their lives (daily living, economic situation, employment opportunities, health and well-being, etc.) have to be taken into account in order to identify the most important deficiencies in life (e.g. case planning and action plan by a social worker).
- If necessary, provide support services (e.g. support person service, debt counselling service or social transport service) to ensure the living conditions and availability of resources for people of working age with a mental illness.
- Find or create new hobbies and activities that people with mental illness can take part in, together with other people, and thus create new social relationships.
- Promote relations with the neighbourhood and create opportunities to support the coping of people with mental illness.

Keywords: mental health, mental illness, social vulnerability, discrimination, stigma, social isolation, social exclusion, community, community development, sense of community.

SISUKORD

| | |
|--|----|
| Abstract | 3 |
| Sissejuhatus | 7 |
| I Kirjanduse ülevaade | 9 |
| 1.1. Psüühikahäire, haavatavus ja kogukonnas kohanemine | 9 |
| 1.2. Diskrimineerimine, stigma, sotsiaalne tõrjutus ja isolatsioon | 11 |
| 1.3. Kogukond ja kogukonna arendus | 17 |
| 1.4. Psüühikahäiretega inimeste heaoluvõrgustiku ja kogukonda kaasatuse võimalused ... | 21 |
| 1.5. Sotsiaalala töötaja ülesanded kogukonnatöötajana | 24 |
| 1.6. Probleemiseade | 28 |
| II Uurimuse metodoloogia | 30 |
| 2.1. Uurimuse metoodika valik | 30 |
| 2.2. Andmekogumismeetod | 31 |
| 2.3. Uurimuses osalejad | 32 |
| 2.4. Uurimuse käik | 32 |
| 2.5. Analüüsimeetod | 33 |
| 2.6. Uurimuse eetilised probleemid | 33 |
| 2.7. Uuri ja reflektatsioon | 34 |
| III Tulemused | 36 |
| 3.1. Psüühikahäire avaldumine ja alguses igapäevaelus kogetud raskused | 36 |
| 3.2. Suhted naabrite, ümberkaudsete ja lähedastega | 37 |
| 3.3. Tööeluga seotud aspektid | 39 |
| 3.4. Mõtted ja tunded enese suhtes teiste inimestega suhete kontekstis | 42 |
| 3.5. Toetavas funktsioonis olevate töötajate vaade | 44 |
| IV Arutelu ja järeldused | 48 |
| Kokkuvõte | 52 |
| Viidatud allikad | 54 |
| Lisad | 63 |
| Lisa 1. Intervjuukava | 64 |
| Lisa 2. Intervjuukava toetavas rollis olevatele töötajatele | 66 |

SISSEJUHATUS

Psüühikahäirega tööeliste isikute osakaal ühiskonnas on näitamas kasvutrendi. Psüühikahäirega inimesed on tavalise inimesed, kes elavad meie keskel, püüdes igapäevaselt toime tulla oma haigusega, olla toimetulev ühiskonnaliige ning saada hakkama ühiskondliku survega, mis võib kaasneda mittemõistmisega. Psüühikahäirega inimesi elab nii maal, kui linnas, nii korter- kui naabermajades ehk teisiti öeldes on nad meie kogukonna liikmed – aktsepteerime me seda või mitte.

Ka meedia väljaanded kajastavad üha rohkem psüühikahäirega seotud teemasid, kus võimendatud tähelepanu all on aga pigem negatiivne vastukaja kogukondadelt ja nende liikmetelt. Psüühikahäirega isikud tunnetavad oma lähikondlaste halvustavaid ja tõrjuvaid pilke, mis annab mõista, et endiselt ei ole muutunud inimeste suhtumine psüühikahäiresse. Psüühikahäire diagnoosid nagu ärevushäire, depressioon, skisofreenia jms, on justkui inimest määrav (kuigi see tegelikult nii ei ole). Tihti kaasnevad diagnoosiga ka ümbritsevas geograafilises kogukonnas ja ühiskonnas üleüldisemalt psüühikahäirega isiku stigmatiseerimine ja diskrimineerimine. Psüühikahäirega isiku jaoks on tähtsal kohal naabritega hea läbisaamine ja seeläbi sotsiaalse isolatsiooni tekke võimaluse vähenemine. Siinkohal saab abiks olla sotsiaaltöö kogukonnas.

Igas suuremas linnas ja väiksemas vallas omavad suurt tähtsust sotsiaaltööala töötajad – olgu nendeks kohaliku omavalitsuse sotsiaaltööspetsialistid, teenuskeskuste koordinaatorid, tugiisikud ja hooldustöötajad. Sotsiaaltöö kogukonnas aitab kasvatada usaldust, sidusust ja jagatud väärtuste omaksvõttu nii psüühikahäirega isikute seas kui ka nende, kellel ei ole psüühikahäire diagnoosi. Sotsiaaltöö kogukonnas aitab tervikuna luua parema elukeskkonna kõigile. Kui me teeme midagi tähendusrikast, kandes hoolt mõne taime, looma või inimese eest, kogeme rõõmu ja lisame väärtust elukeskkonnale (Naess jt, 2008). Inimesi on võimalik nõustada ja jõustada, et nad panustaksid oma kogukonna liikmete heaolu tagamisse – inimene, kes on vabatahtlikult asunud oma naabri abistaja rolli, panustab igapäevaselt kogukonnatöösse ja aitab kaasa kõigi liikmete heaolu tagamisse.

Oma igapäevases klienditöös olen nõustanud mitmeid psüühikahäirega tööelisi isikuid, kellel on tekkinud majanduslikke raskusi seoses psüühikahäirest tuleneva kehva tervises seisundiga, mis ei ole neil võimaldanud asuda tööle või töötada selliselt nagu nad sooviksid.

Psüühikahäirega tööelised isikud võrdlevad end tihti teistega ning tunnetavad, et ühiskonnad ootused on nende suhtes suured, kuid neid ei suudeta täita. Psüühikahäirega tööelistel inimestel on raskusi uute suhete loomisel ja vanade suhete säilitamisel, mille tõttu ollakse eraldatud või lausa isolatsioonis.

Sellest tulenevalt tekkis mul huvi uurida, kuidas psüühikahäirega isikute erinevad eluaspektid mõjutavad kogukonda sulandumist ning kuidas võiks kogukond aidata neil oma kogukonnas elada elamisväärsel elu ja psüühikahäirest tulenevate raskustega toime tulla.

Magistritöö koosneb neljast peatükist. Esimeses peatükis on ülevaade psüühikahäirega tööeliste inimeste elu mõjutavatest teguritest (diskrimineerimine, stigmatiseerimine, sotsiaalne tõrjutus ja isolatsioon). Esimeses peatükis on välja toodud ka kogukond, kogukonnaarendus ja kogukonna tunne. Metodoloogia peatükis, mis on järjestuselt teine peatükk, kirjeldan käesoleva uurimuse andmekogumis- ja analüüsimeetodit ning teisi uurimuse läbiviimise aspekte. Kolmandas peatükis esitan uurimistulemused. Neljandas peatükis, arutelu ja järeldused, võtan kokku teooria ja uurimistulemuse.

Käesoleva magistritöö eesmärk on **selgitada välja võimalused psüühikahäirega tööeliste inimeste kogukonda kaasamisel**. Magistritöös kasutan kvalitatiivset uurimismeetodit ning andmekogumismeetodina poolstruktureeritud intervjuud. Kogutud andmeid analüüsin läbi kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodi, lähtudes peamiselt viiest olulisest aspektist: elamine, töötamine, tervis, enese eest hoolitsemine ja vaba aeg. Uurimistulemuste põhjal tehakse ettepanekud sotsiaaltöötajatele praeguse töö paremaks korraldamiseks ja kogukonnatöö osakaalu võimendamiseks.

Uuringu tulemusena selguvad, kuidas on võimalik sotsiaaltööspetsialistil ja kogukonnal aidata psüühikahäirega isikul paremini oma geograafilises kogukonnas orienteeruda ja sellesse sulanduda.

I KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1.1. Psüühikahäire, haavatavus ja kogukonnas kohanemine

Sotsiaalselt haavatavust kirjeldatakse kõige sagedamini kui suutmatust hakkama saada muutustega, vähest vastupidavust või suuremat vastuvõtlikust ebasoodsate elusündmuste tagajärgedele (Palmer jt., 2012). Sotsiaalselt haavatavad isikud on tihti võimetud säilitama enese põhiõiguseid ja õigust vajalikele ressurssidele, et muutustega oma elus toime tulla (Morioka, 2012). Vajalike ressursside puudumise tõttu ei ole sotsiaalselt haavatavad isikud suutelised ostma enesele vajalikke teenuseid, et tagada täisväärtuslik elu ning seeläbi vähendada koormust lähivõrgustikule ja sotsiaalsüsteemile (Morioka, 2012). Sotsiaalselt haavatavad isikuid ei muuda haavatavaks nende psüühikahäire seisund, vaid pigem teadmiste ja võimu dünaamika, mis hoiab neid ühiskonna äärealadel (Paradis-Gagné ja Pariseau-Legault, 2019). Castle (2000) on oma uuringus kirjeldanud sotsiaalse haavatavuse kontseptsiooni kui kehtvat ebastabiilsust, mis on tingitud ebakindlusest töö suhtes ja suhete nõrgenemisest lähivõrgustikuga. See ebakindlus seab inimesed pidevasse tasakaalutusse olekusse (Castle, 2000, viidatud Paradis-Gagné ja Pariseau-Legault, 2019 kaudu). Haavatavust mõjutavad tegurid võivad olla sugu, vanus, rahvus, ühiskondlik positsioon, haridus, amet ja puue (Morioka, 2012). Teisiti öeldes sotsiaalselt haavatavad oleme me kõik teatud elu perioodidel.

Sotsiaalselt haavatavad isikud on ka psüühikahäirega inimesed. Psüühikahäire on psüühiliste funktsioonide häiritus, millega kaasnevad muutused emotsioonides, mõtlemises ja käitumises (või nende koosmõjus) (What is..., 2020). Psüühikahäirete hulka kuuluvad depressioon, ärevushäire, käitumishäired, bipolaarsed häired ja psühhoos (Psüühikahäirete..., 2019). Psüühikahäiret seostatakse tekkinud stressi ja/või probleemidega sotsiaalsetes-, tööalastes- või peresuhetes (What is..., 2020). Kuigi psüühikahäire võib ilmuda igas vanuses, on täheldatud et psüühikahäire avaldub $\frac{3}{4}$ elanikkonnast alates 24-eluaastast (What is..., 2020). Psüühikahäired on üks olulisemaid rahvatervisega seotud väljakutseid Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa piirkonnas ja üks peamisi puude määramise põhjuseid. Psüühikahäire on haiguse üldise koormuse kolmas peamine põhjus pärast südame veresoonkonna haigusi ja vähki (Fact sheet..., 2018).

Psüühikahäire avaldab mõju nii inimesele endale, kui ka mõjutab tema funktsioneerimist ühiskonnas tervikuna. Paljud psüühikahäire all kannatavad inimesed ei soovi oma haigust tunnistada ega ka sellest rääkida, kartes langeda sotsiaalse tõrjumise ohvriks ja sattuda sotsiaalsesse isolatsiooni ühiskonnas. Kui psüühikahäirega isiku sümptomid on teistele nähtavad, võidakse neid kergesti tema kahjuks ära kasutada (Kopel ja Cramer, 2015).

Psüühikahäire kui vaimse tervise seisund ja majanduslik olukord on teineteisest sõltuvad ning mõjutavad üksteist igal ajahetkel. Psüühikahäire põhjustab sageli madalamat sotsiaalmajandusliku seisundit, mis tuleneb madalamast haridustasemest, sobiva töö puudumisest, madalama palgaga töökohtadest; seega võib psüühikahäirega isikul tekkida raskusi talle tuttavas ja turvalises kogukonnas elukoha soetamise ja hoidmisega (Kopel ja Cramer, 2015). Ka haiguse kulgemisest tingitud töölt puudumised soodustavad pikema ajajooksul psüühikahäirega isikute majanduslikult raske olukorra tekkimist (Spivak jt., 2019). Näiteks on vajalike toiduainete tagamise raskuse esinemissagedus psüühikahäirega inimestel hinnanguliselt üle nelja korra kõrgem kui elanikkonnal üldiselt (Spivak jt., 2019). Seetõttu on paljud psüühikahäirega isikud kas riiklike või kohalike omavalitsuste sotsiaalteenuste- ja toetuste taotlejad/saajad.

Suur osa vähekindlustatud ja sotsiaalselt haavatavatest üksikisikutest võitleb isegi esma vajaduste nimel ning rahaliste raskuste olemasolu on seotud kõrgema häbimärgistuse ja psüühikahäire suurema koormaga (Spivak jt., 2019). Pidev eitus, et valusad elukogemused on psüühikahäirega seotud, muudavad psüühikahäirega isiku hapraks ning ajapikku haavatavamaks, mistõttu lepitakse tihti vähesemaga (Ogbuja, 2012).

Psüühikahäirega isikud keelduvad mõistmast, et seni kuni nad võitlevad emotsionaalse ja psühholoogilise seisundi kõrvalkalletega igapäevaelus, ei pääse nad ka iseenda halvustamisest (Ogbuja, 2012). Sageli puudub psüühikahäirega isikutel tahtejõud tegeleda igapäevaelu toimingutega, sealhulgas lihtsamad ja hädavajalikud tegevused nagu seda on toidu valmistamine, tubade koristamine ja enese eest hoolitsemine ehk elementaarse hügieeni tagamine (Ogbuja, 2012).

Psüühikahäire mõjutab ka tööelu ja õppimist, valdavalt on psüühikahäirega isikud kas töövõimetoetuse saajad või töötud. Töötus ja tööalaste sotsiaalsetesuhete katkemine mõjutavad ja on üheks psüühikahäire süvenemise põhjuseks (Agerbo jt., 1998). Psüühikahäirega isikute

puhul on üsna tavaline ka madal haridustase ja tööalase kogemuse puudumine (Spivak jt., 2019). Kuigi vaimse tervise heaolu strateegia aastatel 2016–2025 on selgelt võtnud eesmärgiks vähendada psüühikahäirest tingitud püsivat töövõimetust Eesti elanikkonna seas, ei tähenda see psüühikahäirega tööealiste isikute täielikku paranemist vaid pigem nende haigusega kaasuvate probleemidega toimetulekut (Vaimse tervise..., 2016). Siin kohal on abiks Eesti Töötukassa poolt pakutav tööalane rehabilitatsioon, mille abil valmistatakse psüühikahäirega isik tööle asumiseks ette ning toetatakse töötamist. Psüühikahäirega isikul võib esialgu vaja minna peamiselt nõustamist, et leida motivatsioon ja suurendada enesekindlust, samuti tuleb kasuks oskus haigusega igapäevaselt toime tulla. Kohaliku omavalitsuse vaatevinklist on võimalik psüühikahäirega isikule pakkuda kas tugiisiku-, võlanõustamis- või sotsiaaleluruumi tagamise teenust.

Sellised sotsiaalmajanduslikud tingimused nagu sissetulek, haridus ja elamisseisund määravad potentsiaalselt isiklikud suhted ja läheduse teistega (Gyasi jt., 2019). Samuti võib inimene tunda end üksildasena, kui tal on raskeid terviseprobleeme, sealhulgas funktsionaalne langus, kroonilised kaasnevad haigused ja enese tajutav halb tervis (Gyasi jt., 2019). Teisiti öeldes, psüühikahäirega isikute majanduslik olukord ei mõjuta mitte ainult rahakotti vaid ka tervist ja sotsiaalseid suhteid teiste ühiskonna liikmete. Psüühikahäirega klientide peamiseks probleemideks on diskrimineerimine, sotsiaalne tõrjutus ja isolatsioon (Dako-Gyeke ja Asumang, 2013; Perkins ja Repper, 2013).

Järgnevas peatükis selgitan, mida tähendavad psüühikahäirega isiku jaoks diskrimineerimine, sotsiaalne tõrjutus ja isolatsioon.

1.2. Diskrimineerimine, stigma, sotsiaalne tõrjutus ja isolatsioon

Psüühikahäirega inimesed tunnevad sageli end diskrimineerituna või häbimärgistatuna oma majandusliku olukorra, eluaseme, sotsiaalse positsioon ja vaimse tervise probleemide tõttu (Mejia-Lancheros jt., 2020). Lisaks seisavad psüühikahäiretega isikud sageli silmitsi häbimärgistamise ja diskrimineerimisega isegi neid toetavates sotsiaal- ja tervishoiuasutustes. Mitmed stereotüübid, sealhulgas vägivaldne või ohtlik käitumine, antisotsiaalsed tunnused ja vastutus oma olukorra eest, on põhjustanud vaimse tervise probleemidega inimeste üldise häbimärgistamise ja diskrimineerimise (Mejia-Lancheros jt., 2020). Stigma ja

diskrimineerimine võivad laastavalt mõjutada üldist heaolu, tervist ja majandusliku olukorda ning psüühikahäire all kannatavate inimeste taastumist haigusest.

Diskrimineerimine

Varasemad uuringud näitavad, et diskrimineerimine on tugevalt seotud kõrgema emotsionaalse distressiga ning vähenenud sotsiaalsete sidemete ja grupi liikmelisusega, samas kõrgem enesestigma on seotud halvemate vaimse tervise sümptomitega, näiteks depressiivsed ja psühhootilised sümptomid ning enesetapumõtted (Mejia-Lancheros jt., 2020). Paraku on diskrimineerimine psüühikahäirega isikute suhtes tavapärane nähtus, mida tajutakse erinevates sotsiaalsetes situatsioonides ja olukordades, olgu nendeks tööalased või isiklikku laadi suhted.

Otsene diskrimineerimine on see, kui keegi kohtleb puudega inimest halvemini kui teisi selle inimese puude tõttu. Seda on raske tõestada, sest inimesel peab olema võimalus näidata, et teda koheldi halvemini kui teist inimest, kellel ei ole puuet (Discrimination..., 2020). **Kaudne diskrimineerimine** on see, kui kehtivad reeglid, kriteeriumid või tavad kehtivad kõigile, kuid asetavad puudega isiku ebasoodsasse seisu (Discrimination..., 2020). **Puudest tuleneva diskrimineerimise** tõttu kohtleb tööandja või teenusepakkuja puudega isikut teatud olukordades ja situatsioonides ebasoodsalt (Discrimination..., 2020). **Mõistlike muudatuste tegemata jätmise** korral tööandja või teenuseosutaja on teadlik inimese erivajadusest ja sellega kaasnevatest muudatustest, kuid jätab need siiski tegemata (Discrimination..., 2020). **Ahistamine** esineb, siis kui puudega inimese suhtes käitutakse agressiivselt või hirmutavalt, luues seeläbi vaenulik keskkond (Discrimination..., 2020). **Ohvriks langemine** on puudega isiku nii vaimne kui ka füüsiline väärkohtlemine. (Discrimination..., 2020).

Stigma

Häbimärgistamine ehk stigmatiseerimine iseloomustab iseenda või haiguse häbenemist ja teiste inimeste poolt haigestunud isiku usalduslikkuse kahtluse alla seadmist, mis eraldab haiged inimesed tervetest (Ghai jt., 2013). Häbitunne viib tihti peale salatsemiseni, mistõttu haigestunud inimene võib jääda varajase diagnoosi ja ravita. Häbimärgistamine mõjutab sotsiaalseid suhteid, hariduse omandamist, töötamist ja teisi kogukonnas tegutsemise võimalusi (Ghai jt., 2013).

Stereotüüpe peetakse sotsiaalseteks nähtusteks, sest need on kollektiivselt kokkulepitud arusaamad erinevatest inimrühmadest ja need on tõhusad mõjutusvahendid, kuna inimestel tekivad kergesti muljed ja ootused kindla stereotüüpse inimrühma suhtes (Corrigan ja Watson, 2002). Häbimärgistamisega kaasnevad erinevad stereotüübid, peamine stereotüüp on väljakujunenud arvamus, et psüühikahäirega isikud on ohtlikud ja vägivaldsed (Ghai jt., 2013). Paljude negatiivsete arusaamade hulgas mõjutab psüühikahäirega isiku suhtes ohu tajumine, psüühikahäiretega inimeste heaolu (Link ja Phelan, 2004). Psüühikahäirega isikud nähakse ka kui räpaste, nõrkade, võhiklike, halbade ja külmad inimestena. Nõrga, võhikliku või külma inimese kõrval elamine on vähem ideaalne, kui ohtliku inimese kõrval elamine – seda lausa välditakse (Link ja Phelan, 2004).

Eelarvamustega inimesed toetavad neid negatiivseid stereotüüpe olles veendunud, et kõik psüühikahäirega isikud on ohtlikud ja tekitades selle tagajärjel negatiivseid emotsionaalseid reaktsioone nt. hirmu külvamine (Corrigan ja Watson, 2002). Eelarvamus, mis on fundamentaalselt kognitiivne ja afektiivne vastus, põhjustab omakorda diskrimineerimise, mis on käitumuslik reaktsioon (Corrigan ja Watson, 2002). Häbimärgistamine võib kanduda üle ka psüühikahäirega isiku lähedastele ja sõpradele, mistõttu võidakse psüühikahäirega isikut hakata tõrjuma endast eemale (Link ja Phelan, 2004).

Sotsiaalne tõrjutus

Väga lihtne on inimest tema haiguse tõttu lahterdada, häbimärgistada või koguni sotsiaalselt eemale tõrjuda. Lenoir kasutas mõistet „*les exclus*” nendele, kes 1970. aastatel sattusid läbi sotsiaalkindlustussüsteemi turvavõrgu, näiteks üksikvanemad ja kindlustamata töötud. Prantsusmaal laienes see mõiste nii, et see hõlmas rohkem ühiskonna äärealadel olevaid inimrühmi ja tähistas „sotsiaalse sideme purunemist”, mida peetakse riigi ja selle kodanike vahelise sotsiaalse lepingu keskmeks (Silver ja Miller, 2003). Psüühikahäirega inimene, kes ei saa osaleda tavapärasel ühiskondlikuks, kultuurilises, majanduslikus ja poliitilises tegevuses on enamike määratluste kohaselt sotsiaalselt tõrjutud. Oluline on ära märkida, et isikud või rühmad on sotsiaalselt tõrjutud ka siis, kui neil keelatakse osaleda ühiskondlikes tegevustes, olenemata sellest, kas nad tegelikult soovivad osaleda või mitte (Barry, 2002). See on psüühikahäirega isiku otsustus- ja valikuõiguse ära võtmine ehk teisiti me otsustame tema eest, et tal ei ole nt. seda teenust või toetust vaja.

Rollide kaotus, tähenduslikud suhted ja diskrimineerimine, mis eelnevad psüühikahäirele ja sellega kaasnevad, ei tulene tingimata materiaalsete ressursside puudusest. Negatiivsed ühiskondlikud hoiakud ja vastused psüühikahäiretega inimeste suhtes mõjutavad tugevalt nende sotsiaalseid kogemusi ning toetavad sageli sotsiaalset hülgamist ja isolatsiooni (Link ja Phelan, 2004).

Lihtsamalt öeldes tähendab juurdepääs sotsiaalsele kapitalile ligipääsu väärtuslikele kontaktidele sotsiaalses võrgustikus ja sellisena edendab sotsiaalne kapital sotsiaalset kaasatust, sidudes inimesi teistega laiemas kogukonnas (Morgan jt., 2007).

Sotsiaalsel tõrjutusel on kolm keskset tunnust, need on suhtelisus, toimevõimekus ja dünaamika (Atkinson, 1998). Suhtelisuse all mõistetakse tõrjutust, mille üle saab otsustada vaid üksikisikute, rühmad või kogukondade olukorra võrdlemisel koos teistega, antud kohas ja kindlal ajal (Atkinson, 1998). Seda kas ja kuidas on inimene sotsiaalselt tõrjutud ei ole võimalik hinnata ainuüksi tema sotsiaalse isolatsiooni asjaolusid arvesse võttes, vaid tuleb arvestada ka teiste inimeste tegevusest tulenevaid tagajärgi (Atkinson, 1998). Toimevõimekus on idee, et inimesed tõrjutakse välja omaenda otsuste või teiste tegude pärast (Atkinson, 1998). Inimesed võivad end välistada, loobudes tööturul osalemast või jäetakse nad ilma kindlustuse poolt makstavatest hüvedest. Inimesed võivad töökohtadest keelduda eelistades elada hüvitistest; või võivad nad olla mõne muu tegevuse tõttu töölt kõrvaldatud (kolleegide, ametiühingute, tööandja või valitsuse poolt vastuvõetud otsuste tõttu) (Atkinson, 1998). Dünaamika rõhutab, et tõrjutuse mõju tuleb nende paremaks mõistmiseks aja jooksul jälgida (Atkinson, 1998). Inimesed on tõrjutud mitte ainult seetõttu, et neil hetkeseisuga puudub sobiv töökohta ja sellega kaasnev sissetulek, vaid ka kehvade tuleviku väljavaadete tõttu (Atkinson, 1998). Sotsiaalne tõrjutus võib kanduda põlvest-põlve ja seeläbi mõjutada ka tulevikus laste heaolu (Atkinson, 1998).

Sotsiaalne tõrjutus tähistab negatiivseid olukordi, mis hõlmavad tagasilükkamist, vältimist ja teistest kogukonnaliikmetest eemaldumist, muutes individidid „erinevaks” enam-vähem tahtlike sotsiaalsete tegevuste kaudu, mis tugevdavad nende probleemset vaimset seisundit (Morgan jt., 2007). Näiteks võivad psüühikahäirega isikud kogeda tööalaselt erinevat kohtlemist või lausa kiusamist, mille tulemusena võivad süveneda haigestunud isiku haigussümptomid, mis võib omakorda viia enesehävituslike või enesevigastamise mõteteni (Naveen, 2017).

Sotsiaalse tõrjutuse neli mõõdet, kus osaluse puudumist igas neist peetakse iseseisvaks sotsiaalseks tõrjutuseks (Burchardt jt., 2002):

- a) tarbimise välistamine: puudub võime osta kaupu ja teenuseid, sest töötasu on alla miinimumi;
- b) produktiivsuse välistamine: ei osale majanduslikult või ühiskondlikult väärtuslikes tegevustes (nt. ei tööta ega tegutse füüsilisest isikust ettevõtjana, ei omanda haridust, ei koolita ega hoolda pereliiget);
- c) poliitiline kaasatus: ei osale kohalikul või riiklikul tasandil otsuste tegemises;
- d) sotsiaalne suhtlus: puudub integratsioon perekonna, sõprade ja kogukonnaga (puudub inimene, kes oleks valmis kuulama, pakkuma abi kriisiolukorras ja näitaks üles hoolivust).

Produktiivsuse välistamise puhul on olulisel kohal haridustase ja haridustee katkemine varajases eas, mille tõttu ei ole psüühikahäirega isik omandanud vajalikke oskusi tööturul hakkama saamiseks ja mille tõttu nende üldine elukvaliteet langeb (Boardman, 2011). Samuti psüühikahäirega isikute poliitiline kaasatus on olematu nii kohalikul kui ka riiklikul tasandil (võimalus kaasa rääkida, arvamust avaldada ja kontrollida olukordi) (Boardman, 2011). Neist neljast sotsiaalse tõrjutuse viimane mõõtepunkti ehk sotsiaalse suhtluse puudumine põhjustab psüühikahäirega isikute seas sotsiaalset isolatsiooni, mis on tõsine probleem eriti tööealiste inimeste seas (Boardman, 2011).

Sotsiaalne isolatsioon

Sotsiaalse isolatsiooni all mõistetakse ühiskonnast eemaldumist ehk kõrvale jäämist. Eristatakse sotsiaalse isolatsiooni kahte komponenti - objektiivset isolatsiooni ja subjektiivset isolatsiooni. Objektiivne isoleeritus on käegakatsutavate ja mõõdetavate seoste puudumine teiste inimestega, samas kui subjektiivne isoleerimine on tajutav läheduse puudumine üksikisiku ja tema sotsiaalse võrgustiku liikmete vahel (Nguyen jt., 2019). Objektiivset sotsiaalset isolatsiooni mõõdetakse kontakti/suhtluse puudumisega suhtlusvõrgustiku liikmetega ja subjektiivset sotsiaalset isolatsiooni mõõdetakse tavaliselt emotsionaalse läheduse puudumisega võrgustiku liikmetega (Nguyen jt., 2019).

Sotsiaalsesse isolatsiooni sattumine on psüühikahäirega inimese puhul üsna kerge, haiguse süvenedes lähedased ei mõista haigestunud isiku emotsioone ja ettearvamatut käitumist ning hoiduvad temaga kontakti loomast (Hawkley ja Cacioppo, 2010; Anderson, 2017). Psüühikahäirega isikutel on tihti keeruline ka ise suhteid hoida, vajades enesega tegelemiseks haiguse kulgedes varasemast veidi rohkem aega (Hawkley ja Cacioppo, 2010). Sellest tulenevalt tunnevad end psüühikahäirega isikud ka üksildasena. Üksildus - sotsiaalse isolatsiooni subjektiivne kogemus - on täiskasvanute elukvaliteedi oluline näitaja ja peamine tervisetegur (Windle, Francis ja Coomber, 2011). Üksildust kogevatel täiskasvanutel on tõestatud suurenenud risk mitmete negatiivsete tervisenäitajate tekkeks, sealhulgas eneseregulatsiooni võime vähenemine, unekvaliteedi ja immuunsüsteemi funktsioneerimise langus ning stressi suurenemine, mis kõik võivad kaasa aidata suurte tervisekahjustuste, sealhulgas depressiooni ja südame-veresoonkonna haiguste ilmnemisele (Hawkley ja Cacioppo, 2010; Windle, Francis ja Coomber, 2011).

Sotsiaalne isolatsioon on objektiivne mõiste, mis seab ohtu pideva kestuse, alates kontakti või osaluse puudumisest (Devine jt., 2017; Cornwell ja Waite, 2009). Psüühikahäirega inimesed on eriti haavatavad nii üksinduse kui ka sotsiaalse isolatsiooni osas, sõprade ja perekonna kaotuse, liikuvuse või sissetuleku tõttu (Devine jt., 2017; Biordi ja Nicholson, 2009). Sotsiaalsete gruppide puudumine võimendab sotsiaalset isolatsiooni, mis omakorda takistab vajaliku abi jõudmist abivajajani, et püsida vajalikus kogukonnas, ka siis kui olukord on muutumas (Devine jt., 2017).

Esmased sotsiaalsed rühmad (nt perekond, sõbrad, naabrid) on sotsiaalsete sidemete alus, eriti nooruses ja vanas eas. Perekonda peetakse üldiselt kõige keskemaks põhirühmaks, kuhu üksikisik kuulub. Kuid ka intiimsed sõbrad võivad olla sama olulised kui peresidemed, eriti kui peresuhted on pingelised või puuduvad muudel põhjustel (Lubben jt., 2015; Cohen, 2004). Alternatiivsed perekondlikud kokkulepped ja vallaliste paaride moodustamine - eriti sotsiaalsete normide ja tavadena perekonna moodustamise muutused - annavad sotsiaalsete suhete kvantifitseerimisele uue keerukuse (Lubben jt., 2015; Cohen, 2004).

Teisese sotsiaalsete rühmade hulka kuuluvad liikmesorganisatsioonid, näiteks puhke- või kultuuriklubid, kutseühingud ja mitmesugused poliitilised ja usulised organisatsioonid (Lubben jt., 2015; Cohen, 2004). Töökoht on oluline foorum sotsiaalsete suhete jaoks ja muul

viisil isoleeritud üksikisikute jaoks, see saab toimida sotsiaalse kontakti ja ühenduse regulaarse vormina. (Lubben jt., 2015).

1.3. Kogukond ja kogukonna arendus

Kogukonna mõiste puhul on oluline selgitada kogukonna mõiste sügavamat tähendust, kogukonna erinevaid vorme, tunnuseid ja funktsioone. Kogukonna ühine määratlus on, kui grupp inimesi, kellel on erinevad omadused ja keda seovad sotsiaalsed sidemed, jagavad ühiseid vaatenurki ja osalevad geograafilistes kohtades või keskkonnas ühiselt (MacQueen jt., 2001). Kuigi kogukonda määratletakse sarnaselt, võivad erineva taustaga inimesed kogeda seda erinevalt.

MacQueen jt. (2001) on oma uuringus väljatoonud 5 kogukonna põhielementi:

- Koha tunne (ingl k. *locus*), hõlmas kogukonna ideed kui midagi, mida võiks leida ja kirjeldada, kui koha-, lokaadi- või piiritunnetuse tähistamisena. Inimene võib olla kogukonnas füüsiliselt „sees”, olenemata sellest, kas ta on kogukonna liige või mitte.
- Jagamine viitas ühiste vaadete ja ühiste huvide olemasolule, mis aitasid kaasa kogukonnatunde tekkele (nt. väärtused, normid, huvid ja eesmärgid).
- Ühistegevus on kogukonna ühtekuuluvuse ja identiteedi allikas, mis viib loomulikult viisil kogukonna loomiseni (nt. raamatukogus vabatahtlikuna töötamine, projektide kallal töötamine, inimeste informeerimine ressursside, teenuste ja toimuvaga).
- Sotsiaalsed sidemed, see on kogukonna alus. Need on suhted inimestega, keda nad võivad usaldada ja kellega nad tunnevad end mugavalt (nt. suhted perekonna, vanemate, õdede-vendade, sugulaste, sõprade, naabrite, töökaaslaste, tuttavate ja tugirühmaga).
- Mitmekesisus on kogukondade sotsiaalne keerukus (nt. kogukondade kogukonnad, kihistumine, põimunud rühmad, varjatud kogukonnad või eritasanditel kogukonnad).

Kogukond võib olla seotud geograafilise või poliitilise piiriga ning neid piire võib ehitada suvalisel arvul tasanditel, näiteks külades, valdades, linnades ja riikides, osariikides või rahvustes (Shaw jt., 2010). Võime rääkida linna- või maakogukondadest; riigisisene, rahvusvaheline või riikidevaheline - neid võib pidada koha- ja ruumikogukondadeks (Shaw jt., 2010). Teiseks võime korraldada kogukonna mõiste institutsionaalsete või sotsiaalsete struktuuride, näiteks vanglate, riiklike elamute, koolide või hooldekodude ümber (Shaw jt., 2010). Kolmandaks võib kogukonda korraldada ka kultuuriliste, etniliste, rassiliste või usuliste

identiteetide või pärandite ümber (Shaw jt., 2010). Neljandaks võime määratleda kogukonna ka mingisuguste ühiste identifitseerivate tunnuste, näiteks tervise või vaimse tervise tunnuste (nt. vähihaiguse üle elanute, AIDSi, puude või võimekuse seisundi, psüühikahäirete) järgi (Shaw jt., 2010). Kogukonna selles aspektis võiksid ühised tunnused olla abiks elanikkonna, sekkumise eesmärgi tuvastamisel või neid saaks kasutada teenuste korraldamiseks, võimestamiseks, harimiseks või osutamiseks. Kogukondi võidakse korraldada ka suhtlusvõrgustikena (Shaw jt., 2010).

Kogukonnatunne tähendab ühtekuuluvustunnet ja üksteisele vajalikuks olemist ning usku, et liikmete vajadused täidetakse eesmärgiga olla koos (McMillan ja Chavis, 1986: 8). See on kontseptsioon, mis püüab tabada inimeste ja nende sotsiaalse miljöö vahel eksisteerivate protsesside ja manuste kollektiivset väärtust, mida saab kogeda geograafilistes või muudes sotsiaalsetes üksustes (Nasar ja Julian, 1995; Davidson ja Cotter, 1986, viidatud French jt., 2014: 678 kaudu). Naabruskonnas ei ole kogukonnatunne lihtsalt sotsiaalne nüanss, vaid see on seotud erinevate asjaoludega, sealhulgas hirm kuritegevuse ees, kogukonna kaasamine ja osalus ning parendatud kogukonna toimetulekuoskused (Chavis ja Wandersman, 1990). Sarasoni (1974) sõnul sotsiaalsed, psühholoogilised protsessid ja kogukonna tunnusjooned, peegeldavad kogemusi, ühendusi, võrgustike, mis näitab psühholoogilist tunnet kogukonnas. Psühholoogiline tunne kogukonnas tähendab kuuluvustunnet rühma, nad jagavad selle rühma väärtusi, veendumusi ja neil on selles rühmas oma kindel roll (Pretty jt., 2006).

Wong ja Solomon (2002) pakuvad välja viisi, kuidas määratleda kogukonna integratsiooni, jagades selle kolmeks mõõtmeks: **füüsiliseks**, **sotsiaalseks** ja **psühholoogiliseks**. **Füüsiline integratsioon** tähendab igapäevastes kogukonna tegevustes osalemist ja kogukonna ressursside kasutamist; **sotsiaalne integratsioon** tähendab sotsiaalsete suhete hoidmist kogukonna liikmetega ja ümbritseva keskkonna tugiressursside tundmist; **psühholoogiline integratsioon** viitab mõjutuste arendamisele ja ühtekuuluvustundele, mis aitavad arendada sotsiaalseid suhteid.

Teised hiljutised uuringud on väitnud, et iseseisvast elust ja mõtestatud ning produktiivsest tegevusest tulenev iseseisvus/eneseteostus on kriitiline tegur vaimse tervise probleemidega inimeste integreerumisel kogukonda (Jun ja Choi, 2019).

Sotsiaalala töötajate jaoks saab mõnda neist kogukondadest kasutada mitmel erineval viisil, kogukond võib pakkuda konteksti või keskkonda, kus praktiseerija töötab (Windle, Francis ja Coomber, 2011). Kogukond saab suunata sotsiaalala töötajat sekkumist vajava elanikkonna juurde (Windle, Francis ja Coomber, 2011). Teisiti öeldes on sotsialatöötajal kogukonnatöös võimalik üht-teist ära teha abivajavate liikmete tarbeks.

Kogukonna arendus

Kogukonna töö käsitlus on erinev kogu maailmas. Alates 1970. aastast on kogukonnatöö olnud üks osa laiemast sotsiaaltööst jagunedes individuaalseks sotsiaaltööks, grupi sotsiaaltööks ja kogukonnatööks (Sudmann ja Breivik, 2018). Üsna paljud kogukonnatöoga tegelevatest inimestest on olnud sotsiaaltöötaja rollis ja nende ettevõtmisi ning projekte on motiveerinud poliitilised seisukohad ja aktiivsus sotsiaalse ebaõigluse vastu nagu seda on olnud Ühendkuningriigis (Sudmann ja Breivik, 2018). Kogukonnatöö on vähe kasutatud teoreetiline ja praktiline meetod Põhjamaa heaoluriikide ees seisvate väljakutsete lahendamiseks (Sudmann ja Breivik, 2018). Multidistsiplinaarsed lähenemisviisid tugevdavad kogukonnatöö olulisust - olgu eesmärk tervise edendamine, naabruskonna uuendamine või huvipakkuvate kogukondade toetamine (Sudmann ja Breivik, 2018). Kogukonnatöö tunnusjoon on hõlbustada mõjuvõimu ja kriitilise üksmeele saavutamist, kogukonna suutlikkust ja sotsiaalset kapitali, teemavalikut, osalemist ja muuta töö asjakohaseks (Minkler jt, 2005).

Mõnikord nähakse kogukonnatööd katusterminina mitmesugustele kogukondadele keskenduvatele lähenemisviisidele. John J. Green on välja töötanud kolm kogukonnatöö laia mudelit: eneseabi, tehniline abi ja konfliktid (Forde ja Lynch, 2015). Eneseabi võib osutada mõne piirkonna elanike või kogukonna liikmete tegevusele konkreetsete eesmärkide saavutamiseks kogukonna huvides (Forde ja Lynch, 2015). Aktiivsemad kogukonna liikmed teevad ettepanekuid seoses mõne (tühjana seisva) hoone ühiskasutusele andmiseks, mittetulundusühingu asutamiseks või mõne laste mänguväljaku rajamiseks. Psüühikahäirega kogukonnaliikmete tarbeks võidakse teha ettepanek mõne päevakeskuse rajamiseks, mille eestvedajateks on selle sama kogukonna aktiivsemad liikmed. Tehniline abi on seotud teabe, ressursside ja tehniliste teadmiste hindamisega arengueesmärkide saavutamiseks (Forde ja Lynch, 2015). Siin mõeldakse professionaalselt kogukonnatöö osutajat või teenusepakkujat. Nt. psüühikahäirega isikute päevakeskuse teenuseosutaja saavad olla vaid need liikmed, kellel

on vastav haridus ja kogemus (tugiisikud, tegevusjuhendajad ja sotsiaaltöötajad) ka teenusel olevaid isikuid igapäevaselt aidata ehk nõustada ja jõustada. Konflikti kogukonna arendamine või kogukonna tegevus, on keskselt seotud fundamentaalsete sotsiaalsete muutuste esilekutsumisega, vaesuse ja ebaõigluse algpõhjuse paljastamise ja sellega võitlemise kaudu, mis põhineb kollektiivsel tegevusel, mis võib kasvada kohalikult tasandilt globaalsele tasandile (Forde ja Lynch, 2015). Nt. võivad kogukonna liikmed avaldada meelt planeeritava miljöõteraapia keskuse rajamise osas, koostades selleks ühise kirja ja kogudes selleks protesti allkirju. Kindlasti ei ole see harva esinev nähtus, kus kogukonna rühmad osalevad kõigis tegevustes ja kasutavad oma eesmärkide saavutamiseks konsensuse ja konfliktide lähenemisviise (Forde ja Lynch, 2015).

Kogukonnatöös on oluline osa ka naabritel, aitaja rollist vaadatuna. Psüühikahäiretega isikute sotsiaalsesse isolatsiooni langemise vältimise üheks eelduseks on head suhted naabritega, naabruskonnas olevate inimestega, kellelt on võimalik vajadusel tuge saada (Gyasi jt., 2019). Naabruskond on võimalik mõõta kahe konkreetse konstruktsiooni põhjal. Esimene neist oli sotsiaalne seotus, mis hõlmab kolme muutujat: perekontaktide sagedus, sotsiaalsed suhted ja emotsionaalsed sidemed vähemalt ühe inimesega viimase 30 päeva jooksul (Gyasi jt., 2019). Ühiskondlikku kaasatust on võimalik mõõta naabritega suhtlemise ja seltskondlikus tegevuses osalemise kaudu, sealhulgas usuteenistustel osalemine, seltskondlikud klubid/organisatsioonide koosolekud, spordi- ja kultuuritegevused ning kodaniku-/poliitilised organisatsioonid (Gyasi jt., 2019).

On tekkinud vajadus muuta kogukonna arusaamist psüühikahäirest, käsitledes seda heaolu komponendina ja mõistes, et see on üks osa personaalsest taastumisest psüühikahäirega inimeses osas, kelle soov on tulla toime oma haigusega ka tavakogukondades (Narusson, 2019). Kogukonda kuuluvus tunneb aitab kaasa ka psüühikahäirega isiku personaalsele taastumisele. Personaalne taastumine on viis, kuidas elada rahuldust pakkuvat ja lootust andvat elu, koos haiguse põhjustatud piirangutega, ning mille läbi muutuvad inimese hoiakud, väärtused, tunded, eesmärgid, oskused ja rollid (Anthony, 1993: 527; Slade jt, 2017: 25). Kogukonnaelu võib tuua esile ka väljakutseid, näiteks häbimärgistamise kogemus ja ebamugavustunne sotsiaalsete kontaktide ning psüühikahäirega inimesed vajavad väljaõpet, kuidas paremini kogukonda integreeruda (Bromley jt., 2013).

Psüühikahäirega isik võib vajada tuge, et tutvuda uute inimestega, kelle eesmärk on pakkuda, läbi suhete arendamise, aja jooksul emotsioonidele keskendunud täiendavad sotsiaalset tuge, siinkohal on tuleb kasuks sõbrunemise (*befriending*) sekkumisviis (Mead, 2010, viidatud Windle, Francis ja Coomber, 2011 kaudu). Lisaks sotsiaalsele toele võib psüühikahäirega inimene vajada ka transporditeenuse pakkumist või väikestes asjades abistamist (nt. ravimite ja toiduvarude koju toomine) (Windle, Francis ja Coomber, 2011).

Psüühikahäirega isikutele, kes vajavad lühiajalisemat ja personaalsemat abi, et omandada vajalikud oskused ja võimed tagamaks pärast teenuse ära jätmist kõikide saavutatud muudatuste püsima jäämine, sobib juhendamine ehk mentorlus (Dickens jt., 2011; Greaves ja Farbus, 2006, viidatud Windle, Francis ja Coomber, 2011 kaudu).

Vahendajad ehk kogukonna navigaatorid on tavaliselt vabatahtlikud, kes pakuvad emotsionaalset, praktilist ja sotsiaalselt tuge, sotsiaalselt haavatavatele inimestele, olles liides kogukonna ning teenusepakkuja vahel ning aidates leida inimestel leida sobiv sekkumismeetod (Windle, Francis ja Coomber, 2011).

Laiema kogukonna kaasamise all kuuluvad programmid, mis aitavad indiviidi suurendada nende osalust olemasolevates vaba aja tegevustest (nt. sporditegevused kogukonnas, raamatukogude ja muuseumite külastamine) ja samuti kasutada teavitusprogramme ja vabatahtlike kavasad ning nendega liituda (Cohen, 2006, viidatud Windle, Francis ja Coomber, 2011 kaudu).

Toetavaid sotsiaalseid võrgustikke peetakse lahutamatuks paljudest praegustest liikumistest, mis kujundavad kogukonna osalemist ja psüühikahäirega inimeste integreerumist, sealhulgas nii taastumist kui ka kodanikuõigusi (Rowe ja Davidson, 2016).

1.4. Psüühikahäiretega inimeste heaoluvõrgustiku ja kogukonda kaasatuse võimalused

Hiljutises heaoluvõrgustike uuringus (Sweet jt., 2018) määratleti kolme tüüpi võrgustikud, kellega psüühikahäirega inimesed tavaliselt tegelevad: „formaalsed ja hõredad” võrgustikud, „pere- ja stabiilsed” võrgustikud ning „mitmekesised ja aktiivsed” võrgustikud. Need

võrgustikud eksisteerivad mõnes mõttes spektris, kus esimene on peamiselt vaimse tervisega seotud ja hõlmab vähem sisukaid kogukonna kontakte ja tegevust ning kolmas on asustatud mitmekesiselt nii tugevate kui ka nõrkade sidemetega erinevates kogukondades ning hõlmab suuremat kogukonna osalust ja tähenduslikku tegevust.

Tänapäeval aitavad sotsiaalsed võrgustikud raske psüühikahäirega inimestel, kellel on tavaliselt vähem ja madalama kvaliteediga sotsiaalne tugi, avastada nende jaoks olulisi sotsiaalseid tegureid (Brunt ja Hansson, 2002). Sweet jt. (2018), uurimuses tuli välja sotsiaalsete sidemete, kohtade ja tegevuste vastastikmõju ja sotsiaalsete võrgustike mõju raske psüühikahäirega indiviidide heaolule. Uuringu tulemusena loodi isiklik heaoluvõrgustiku kaardistamise tööriist (*personal well-being network mapping tool*), et kaardistada osalejate sotsiaalsed sidemed, tähenduslikud tegevused / hobid ja ühendused kohtadega. Lisaks joonistasid osalejad läheduskaarte, et näidata oma kõige olulisemaid emotsionaalseid sidemeid. Osalejaid mõõdeti vaimse heaolu, sotsiaalse kapitali, füüsilise tervise ja sotsiaalse funktsioneerimise osas.

Asukohad ja sisukad tegevused on inimeste sotsiaalsete maailmade olulised aspektid. Isiklike heaoluvõrgustikel on oluline mõju inimesekesksele taastumisele, pakkudes laiemat arusaama inimese elust ja ressurssidest (Bhartia jt., 2017). Meie sotsiaalsete võrgustike nõrkade külgede tunnistamine võimaldab praktikutel sekkuda õiges kohas ja õigel ajal ning kiirendada raske psüühikahäirega inimeste taastumisprotsessi (Bhartia jt., 2017). Inimesed, kes tuginevad tugevalt praktikutele, on vähem sotsiaalseid ressursse (Bhartia jt., 2017). On võimalik, et tegemist on väikese võrgutüübi, kohaühenduste ja vähese seotusega mõtestatud tegevusse. See tõstab esile isikliku heaolu tõhususe muutuste võtmeaspektide väljaselgitamisel ja võimaldab spetsialistidel sekkuda inimesekeskse hoolduse kaudu (Bhartia jt., 2017). On oluline, et psüühikahäirega inimesed, mõistaksid oma suhete arengut, nende ühendusi käsitlevaid otsuseid ja sotsiaalse dialoogi erinevaid teid (Bhartia jt., 2017).

Heaolu võrguvestlused pakuvad raamistikku uurida, kuidas sellised teemad nagu sotsiaalsed suhted, häbimärgistamine, igapäevane rutiin ja struktuur, või ravimite võtmine avaldab mõju igapäevasele elule (Sweet jt., 2018). See omakorda võimaldab teenuse kasutajatel ja spetsialistidel luua isikupäraseid eesmärgi, et lahendada prioriteetsed probleemid. Eelkõige saavad inimesi aidata heaoluvõrgustikud, luues uusi identiteete või taaselustades identiteeti mis

on olnud mõjutatud vaimse tervise probleemidest. Kaardistades psüühikahäirega isikute heaoluvõrgustikud, saavad sotsiaallala töötajad tegeleda neile vajalike teenuste ja toetuste osutamisega.

Ehkki rahuldamata vajadustele reageerimist teenuste osutamise vormis võib pidada kogukonna arengu üheks mõõtmeks, on sellised professionaalsed sekkumised piiratud. Kogukonna arendamise lähenemisviis, mis julgustab üles ehitama selliseid kogukondi, mis soovivad, võimaldavad ja suudavad inimesi oma elutee eri etappides kaasata, pakuks jätkusuutlikumaid, vastastikku sõltuvaid ja paikkondlikke vastuseid (Devin jt., 2017).

Füüsiline aktiivsus ja sotsiaalne osalus võivad lähendada indiviide teistele inimestele ja nendega seotud tegevused võivad hilisemas elus kaitsta vaimsete häirete eest. Psüühikahäirega inimeste sotsiaalne seotus ja koos elamine võib parandada nende vaimset funktsioneerimisvõimet ja anda neile enesetõhususe kaudu juurdepääsu teabele ja ressurssidele, ühisele otsustamisele, materiaalse ja emotsionaalse toe pakkumisele, positiivse tervisekäitumise modelleerimisele ja toimetuleku mehhanismidele (Devin jt., 2017).

Sel eesmärgil saavad tuttavad inimesed mängida ainulaadset rolli psüühikahäirega inimeste kogukonna integreerimise hõlbustamisel (Townley jt., 2013). Kogukonna integreerimise sotsiaalsed tulemused väljenduvad nii otseselt kui ka kaudselt. Otseseid sotsiaalseid tulemusi mõõdetakse sageli inimeste kaudu, kellega me räägime (või kellega me ei räägi) ning nende pakutavate eri tüüpi tuge ja kapitali kaudu (Townley jt., 2013). Otsesed sotsiaalsed tulemused on teadlik osa meie suhtlusest algavate ja tuttavate kontaktidega ning koosnevad konkreetsetest toetusvormidest (Townley jt., 2013). Kaudsed sotsiaalsed tulemused on aga sagedamini alateadlikud või ümbritsevad (Townley jt., 2013). Neid väljendatakse subjektiivse kuuluvuse või kogukonnatunde kaudu (Townley jt., 2013). Sarason (1974) töötas välja kogukonnatunde kontseptsiooni, et kirjeldada nähtusi, mille juurde kuulutakse ja mis on lahutamatu osa. On leitud, et kogukonnatunde on seotud mitmesuguste individuaalsete ja sotsiaalse funktsioneerimise tulemustega, sealhulgas naaberkäitumisega (Townley ja Kloos, 2011), eluga rahuloluga (Prezza jt, 2001) ja vaimse tervise sümptomitega (Terry jt., 2018).

See võib olla eriti kasulik psüühikahäirega inimeste kogukonna integreerimise edendamisel, suurendades nende aktsepteerimistunnet ja vastastikust sõltuvust kogukonna teiste liikmetega; julgustades neid oma kogukonnas olulistest küsimustest osalema ja tegelema; ning neile stabiilse

ja usaldusväärse sotsiaalse struktuuri tagamine (Aubry ja Myner, 1996; Cummins ja Lau, 2003; Townley ja Kloos, 2011).

1.5. Sotsiaalala töötaja ülesanded kogukonnatöötajana

Sotsiaalala töötaja rollid ja ülesanded on pidevas muutumises. Erinevalt varasemale arusaamale, on sotsiaalala töötaja ka tavakodanik ning osa kogukonnast, kellel on õigus panustada oma kogukonnaliikmete igakülgssesse toetamisse. Sotsiaalala töötajal on kõige lihtsam panustada oma kogukonna toimimisse, kui ta on selle konkreetse kogukonna liige ja seeläbi orienteerub kogukonna murekohtades ja probleemides.

Sotsiaalala töötaja võib koolitada ja võimestada konkreetset kogukonda konkreetse sotsiaalse teema või probleemi osas, nt. tehes ennetustööd kogukonna liikmete seas ja õpetades neid märkama psüühikahäirete esmaseid tunnuseid (Shaw jt., 2010). Nii püüavad kogukondlikud sotsiaalteenuste pakkujad rahuldada kohalike elanike vajadusi, rajades näiteks kogukonnapõhise vaimse tervise kliiniku või kogukonnapõhise sotsiaalhoolekandeesutuse (Shaw jt., 2010). Sotsiaalala töötajad võivad suunata kogukondi sotsiaalse õigluse küsimuste korraldamiseks ja edendamiseks (Shaw jt., 2010). Seega võivad sotsiaalala töötajad proovida kaasata kogukonnaliikmeid eluasemeolukorra või naabruse turvalisuse parandamiseks (Shaw jt., 2010).

Sotsiaalala töötajad saavad tegeleda võimestamisega (*empowerment*). Kui võimestamine on kogukonna kriitilise tähtsusega praktika keskmes, on selle kasutamisel "jõud" võimenduse keskmes (Butcher jt., 2007). Ainult sotsiaalse, poliitilise ja majandusliku jõu struktuuride ja protsessidega suheldes saavad kogukonnad tõhusalt tegutseda, et tulla toime ebasoodsate tingimuste, tõrjutuse ja rõhumisega (Butcher jt. 2007). Võimestamine on transformatiivne kontseptsioon, kuid ilma kriitilise analüüsita rakendatakse seda liiga sageli naiivselt enesekindluse ja enesehinnangu suhtes isiklikul tasandil ja ollakse veendunud, et see on seotud inimese isikliku vastutusega tuua end ise ebasoodsast olukorrast välja (Ledwith, 2011). Siinkohal on oluline osata mitte ainult võimestada isiku tugevaid külge, vaid ka suunata ja vajadusel õpetada inimest ebasoodsate olukordadega toimetulekuks (Ledwith, 2011). Selleks, et sotsiaalala töötajad oskaksid kogukonna liikmeid võimestada, vajavad ka nemad koolitust.

Kogukonna kooshoidmise ja uute informatsiooni allikate eesmärgil on oluline välja koolitada tervise- ja sotsiaalala töötajad. Andes neile vajaliku informatsiooni, suudavad nad abistada ja suunata isolatsiooni sattunud isikuid õigete teenuste juurde. Kogukonnas toimetavad tervise- ja sotsiaalala töötajatel on oskus märgata vaimse ja füüsilise tervise kõrvalekaldeid ning neil on võimalus igapäevaselt ka isikutega suhelda. Suhtlemise käigus omandatakse aga vajalik informatsiooni ja parim ülevaade isiku erinevatest elutahkudest ja puudujääkidest (Devine jt., 2017). Kõige tõhusam on seda teha nii öelda mobiilselt ehk kontoriruumist väljas pool. Hollandi 2015. aasta reformi tulemusena suunati 60% sotsiaaltöötajatest kontorist välja ehk mobiilsele tööle. Mobiilse sotsiaaltöötaja kohustuseks on tutvuda oma piirkonnaga ja kaardistada, millist üsk või teine isik/pere abi vajab ja millist laadi abi suudab see isik/pere teistele peredele pakkuda. See on viis ühendada abivajaja abipakkujaga ehk viia kokku vajadused ning võimalused (Kotov, 2020).

Seoses 2020. aastal eriolukorraga Eestis algatas sarnaselt Hollandile ka Tartu Linnavalitsus infot koondava aktsiooni. „Tartu aitab“ nime kandva aktsiooni raames koondas Tartu linnavalitsus informatsiooni eri piirkondade vabatahtlike, abivajajate ja abistamisega seonduvate kodanikualgatuste kohta (Tartu, 2020). Eriolukord Eestis ärgitas ka tavakodanike pakkuma abi täiesti võõrale inimesele. 9-aastane Eesti poiss jättis eaka naabrinaise postkasti seoses eriolukorraga kirja, kus pakub abi igapäeva toimingute sooritamiseks (nt. toiduvarude täiendamiseks) (Mets, 2020). Selline lähenemine aitab luua olukorra, kus ka igal abivajajal on oma aktiivne roll kogukonnas, mille kaudu on tal võimalik kogukonda ja teiste inimeste heaolu parendamiseks panustada.

Sotsiaalse kodanikuõigus (*citizenship*) kontseptsiooni kohaselt tähistab see „suhet, tava või staatust“, milles psüühikahäirega inimesel on õigus vabadusele diskrimineerimisest ja võimalus kasvada ja osaleda elus nii palju kui võimalik (Bartlett ja O'Connor, 2010).

Sotsiaalse kodanikuõiguse raamistik pakub kuut võtmekomponenti (Bartlett ja O'Connor, 2010). Üheks võtme komponendiks on **kasv**, mis hõlmab olemasolevate ressursside kasutamist suutlikkuse arendamiseks ja sisuka panuse andmist (Bartlett ja O'Connor, 2010). **Sotsiaalsed positsioonid**, mis näitavad, et psüühikahäirega inimestel on erinevates eluvaldkondades erinevad positsioonid ja neil on seega mitu identiteeti (Bartlett ja O'Connor, 2010). **Otstarve**, mis tähendab pühendumist, et saavutada tähendus ja soovitud eesmärk (Bartlett ja O'Connor,

2010). **Osalemine**, mis tunnistab, et psüühikahäirega inimesed on muutuste põhjustajad oma elus ja rakendavad sisukaid meetmeid (Bartlett ja O'Connor, 2010). **Solidaarsus**, mis võtab arvesse psüühikahäirega inimeste vastutust teiste ees, kes jagavad oma seisundit ja peavad ühiskonnana kollektiivse tegevuse tähtsust (Bartlett ja O'Connor, 2010). **Diskrimineerimisevabadus**, mis rõhutab õigust mitte olla diskrimineeritud ega häbimärgistatud psüühikahäirega elades (Bartlett ja O'Connor, 2010).

Sotsiaalala töötaja saab aidata psüühikahäirega isikute kaasamisse panustades oma tähelepanu ja aega kogukonnatöösse. Sotsiaalala töötaja on välja selgitanud psüühikahäirega isikute oskused, on neid võimalik rakendada erinevate kogukondlike ürituste ja koosviibimiste raames, nt. psüühikahäirega isik, kes oskab hästi süüa teha, kutsutakse kogukondliku ettevõtmise toitlustajaks. Samuti on võimalik kaasata psüühikahäirega isikuid lihtsamate tööde teostamisele, nt. loomade eest hoolitsemine, kodukoristus, turul aia- ja põllusaaduste müümine jne.

Sotsiaalala töötaja kohustus on koolitada ja seeläbi omandada tervisealased teadmised ja kompetents, et abistada psüühikahäirega isikud ja nende kogukonnaliikmeid. Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) määratleb tervisealase kompetentsi, kui kognitiivseid ja sotsiaalseid oskusi, mis mõjutavad inimese motivatsiooni ja võimet saada teavet, seda mõista ja kasutada, et säilitada ja edendada head tervist. Varasemates ülevaadetes on jõutud järeldusele, et kõrgema tervisealase kompetentsi tasemega saavad indiviidid paremini teha positiivseid tervisealaseid otsuseid nii enda kui ka teiste jaoks (Degan jt., 2019). Madalam tervisealase kompetentsi tasemega inimesed võitlevad tervishoiuteenuste kättesaadavuse või edukate tervisealaste otsuste vastuvõtmise eest ning neil puuduvad teadmised positiivse tervisekäitumise kohta (Degan jt., 2019).

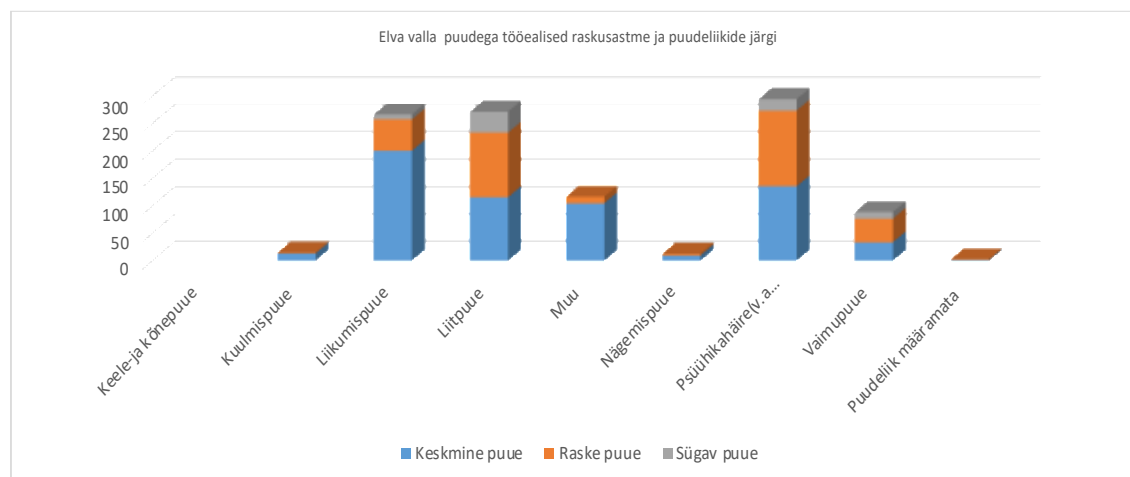
Sotsiaalala töötajal on võimalus pakkuda ka erinevaid rehabilitatsiooniprogramme, mille raames on psüühikahäirega isikul võimalik lihtsamini taastuda. Akrediteeritud sotsiaalse tervise aktivistid osutavad psüühikahäirega isikutele kogukonnal põhinevaid rehabilitatsiooniprogramme (James jt., 2019). Kogukonnal põhinevad rehabilitatsiooniprogrammid, mis aitavad vähendada haigestunud isikute ravimite kulu jagades välja tasuta ravimeid, aitavad ühtlasi ka tõsta psüühikahäirega isikute elukvaliteeti (James jt., 2019). Regulaarse ravi tagamisel, haiguse sümptomid vähenevad ja töövõime suureneb.

Akrediteeritud sotsiaalse tervise aktivistid on muutuste vahendajaks, kes aitavad siduda kogukonda antud programmiga (James jt., 2019).

Kõikide eelpool nimetatud sotsiaalala töötaja võimalike rollide täitmisel on eesmärgiks tagada positiivne vaimne tervis, mis võimaldab inimestel oma võimeid realiseerida, hakkama saada ja panustada oma kogukondadesse (Abas jt., 2009) ja suutlikkust säilitada sotsiaalseid suhteid. Need on ühtlasi ka heaolu võtmemeetmed (Abas jt., 2009). Oluline on tagada psüühikahäirega isiku heaolu, et inimene tunneks rõõmu, oskaks vabaneda muremõtetest ning aktsepteeriks end, seeläbi paranevad ka suhted teiste kogukonnaliikmetega (Tennant, 2007).

1.6. Probleemiseade

Oma töös kohtun ma igapäevaselt tööealiste psüühikahäire all kannatavate klientidega. Põhjuseid, miks nad otsivad abi just kohaliku omavalitsuse sotsiaalosakonnast on mitmeid. Tavaliselt soovitakse taotleda ajutist riigipoolset toimetulekutoetust, kohaliku omavalitsuse poolt sotsiaaltoetust (tervisetoetust) või ollakse hädas eluaseme säilitamise või leidmisega. Kuigi antud toetused peaksid olema ajutised abinõud, siis psüühikahäirega klientidel puhul olen täheldanud, et neist toetustest jäädaks tihti ka sõltuma. Kogu toimetulekutoetuste saajate hulgast on (26 toetuse saajat, veebruar 2020 seisuga) 11,53% taotlejatest keskmise psüühikahäirega ja osalise töövõimega (Sotsiaalteenuste..., 2020). Kohaliku omavalitsuse poolt rahastatud sotsiaaltoetuste taotlejatest on (28 toetuse saajat, veebruar 2020 seisuga) 14,28% raske või sügava psüühikahäirega kliente, kellel on määratud ka osaline või puuduv töövõime (Sotsiaalteenuste..., 2020). Elva vallas on puudega tööealiste osakaal 16-64 rahvastikust 12,6%, mis on arvuliselt 1071 inimest. Psüühikahäirega tööealisi on Elva vallas 296 inimest ehk 27,6% kogu tööealistest puudega inimestest (vt Joonis 1). Tartumaa puudega tööealiste edetabelis on esimesel kohal Peipsiääre vald 16,7%, sellele järgneb Elva vald 12,6% ja Kastre vald 9,9%.



Joonis 1

Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö vaatepunktist on vajadus arendada sotsiaaltöötajate funktsioone kogukonnaga töötamisel, eesmärgiga hõlbustada sotsiaalselt haavatavatel inimestel paremini kohaneda kohalikus geograafilises kogukonnas. Sotsiaalalal töötaja ülesanneteks võivad olla esmase info jagamine, inimeste kohanemisele kaasa aitamine ja

kogukonnas koha leidmine. Sotsiaalala töötaja ülesandeks võib olla ka kogukonnaliikmete jõustamine võtma aktiivselt osa vabaaja tegevustes nt. laulukoorid, tantsuseltsid ja päevakeskuste tegevused ja üritused ning seeläbi hõlbustada uute inimsuhete teket ja välistada sotsiaalset isolatsiooni. Eelpool nimetatud sotsiaalselt haavatavate klientide sihtgruppidest pean ma siinkohal silmas eelkõige psüühikahäirega tööelisi inimesi. Psüühikahäirega tööelised on peamine sihtgrupp, mis võib sattuda sotsiaalsesse isolatsiooni. Kui inimene jääb üksi ja isolatsiooni, siis võib see hakata mõjutama tema vaimset kui ka füüsilist tervist ning igapäevast toimetulekut iseendaga. Seetõttu on psüühikahäirega tööeliste inimeste heaolu seisukohalt väga oluline suhtlemine, suhted ja kontaktid teiste inimestega kogukonnast, kuna neil endal võib olla keeruline teatud põhjustel kontakte luua. Eesti ühiskonnas ei pruugi aga kõikides piirkondades kogukondlikkus ja kogukonnas vastastikune abistamine nii selgelt välja kujunenud olla.

Seetõttu on oluline välja selgitada, kuidas saavad sotsiaaltöötajad juba varasemalt loodud kogukondi toetada, et nende tegevus oleks suunatud psüühikahäirega tööelise inimese toetamisele ning kogukonda sulandumisele. Kuidas on võimalik kogukonna aktiviste toetada teadmiste jagamise, suunamise ja ressursside eraldamisega, selleks et nad kaasaksid ka psüühikahäirega isikuid? Mis on see, mida juba eksisteerivad (naabruskonna põhised) kogukonnad saaksid teha enda ja kaaslaste jaoks veel, aga milleks neil ei ole vajalikke ressursse? Miks see kogukond on oluline ja, kuidas kogukonnas toimivad suhted tegelikult mõjutavad inimese funktsioneerimist, tervist ja iseendaga hakkama saamist?

II UURIMUSE METODOLOOGIA

2.1. Uurimuse metoodika valik

Uurimuse läbiviimisel kasutasin kvalitatiivset lähenemist. Kvalitatiivse uurimuse peamine idee on õppida tundma probleemi või küsimust läbi uurimuses osalenute ning suunata uurimust selle teabe saamiseks (Creswell ja Creswell, 2018). Kvalitatiivse uurimuse puhul on oluline arvestada sellega, et saadud uurimistulemus ja nende põhjal tehtavad järeldused ei laiene kogu sihtrühmale, vaid kirjeldavad kahe Elva valla psüühikahäirega kliendi igapäevaeluga toimetulekut ja kogukonda kaasatust. Lisaks annavad oma hinnangu uurimuses osalenud kliendi positsioonis inimeste kohta toetavas funktsioonis olevad töötajad, neid on kokku kolm (piirkonna koordinaator, kogukonna liige ja tugiisik). Kvalitatiivse uurimise eesmärk on teada saada ja kirjeldada, mida konkreetsed inimesed teevad igapäevaelus ja mida nende tegevus neile tähendab (Denzin ja Lincoln, 2018). Läbi isiklike mälestuste annavad inimesed tähenduse sellele, mis nendega elus on juhtunud (Shaw ja Holland, 2014).

Kvalitatiivne lähenemisviis võimaldab võtta fookuses juhtumid ehk piiritletud olukorrad uurimuses osalevate inimeste eludes, mida uurija uurib aja jooksul kui ühte piiritletud süsteemi (juhtumit) või mitut piiritletud süsteemi (juhtumit), kasutades üksikasjalikku ja põhjalikku andmekogumist, mis hõlmab mitut teabeallikat (nt vaatlusi, intervjuusid, audiovisuaalset materjale ning dokumente ja aruandeid) ning aruandeid juhtumikirjelduse ja juhtumipõhiste teemade kohta (Creswell, 2007). Selleks, et psüühikahäirega kliente paremini kogukonda kaasata, tuleb mõista, millistes elu valdkondades nad kõige enam end tõrjutuna tunnevad.

Selle magistritöö raames on igati mõistlik kasutada kvalitatiivset lähenemisviisi ja uurida süvitsi iga kliendi sotsiaalse elu valdkondi ja takistusi nendes ning mõista paremini, kuidas sotsiaalala töötajal oleks võimalik klienti kaasata kogukonda vähendades see läbi sotsiaalset tõrjutust ja isolatsiooni.

Käesoleva magistritöö eesmärk on selgitada välja võimalused psüühikahäirega tööeliste inimeste kogukonda kaasamiseks.

Eesmärgist tulenevalt olen tõstatanud järgnevad uurimusküsimused:

1. Millist mõju avaldab psüühikahäire igapäevaeluga toimetulekul ja suhetele lähedaste, naabrite ja ümberkaudsetega?
2. Kuidas tajuvad psüühikahäirega isikute end ühiskonna kontekstis?
3. Kuidas saavad toetavas funktsioonis olevad töötajad lihtsustada psüühikahäirega inimese kogukonda sulandumist?

2.2. Andmekogumismeetod

Uurimustöö andmed on kogutud poolstruktureeritud intervjuude läbiviimise abil 2020. aasta märtsi- ja aprillikuus. Intervjuukava koostamisel ning intervjuude läbi viimisel valisin kuus teemat (elamine/elukeskkond, töötamine/rahaasjad, tervis, enese eest hoolitsemine ja vaba aeg, kohaliku omavalitsuse toetus), millele soovisin vastuseid saada. Nimetatud teemadele pööratakse tavapäraselt tähelepanu personaalse taastumise alases kirjanduses ja arendustöös (Der Hollander ja Wilken, 2015). Püüdsin vältida küsimuste koostamisel liialt isiklike teemade uurimist. Poolstruktureeritud intervjuu (vt intervjuukava lisa 2) küsimused andsid intervjuueeritavale psüühikahäirega kliendile võimaluse rääkida talle olulistest teemadest pingevalt aga värvikalt. Lisaks sellele said sõna sekka öelda ka kolm toetavas funktsioonis olevat töötajat, neile esitasin struktureeritud küsimused e-maili teel (vt intervjuukava lisa 3).

Poolstruktureeritud intervjuu viisin läbi iga psüühikahäirega kliendiga eraldi, et anda inimesele võimalus rääkida oma tunnetest ja elukogemustest. Poolstruktureeritud intervjuud annavad inimestele võimaluse vastata küsimustele tuues välja just vastaja jaoks hetkel olulise ja intervjuueerija saab esitada lisaküsimusi või täiendavaid küsimusi tulenevalt intervjuu protsessist, samas kui struktureeritud intervjuude puhul on intervjuud piiritletud (May, 2001).

Intervjuude kestus erines, kõige lühem intervjuu kestis 33 minutit ja kõige pikem intervjuud oli üks tund ja 31 minutit. Esimese intervjuu viisin läbi oma kontoris, Elva vallamajas, järgnevad intervjuud olin Eestis kehtestatud kriisiolukorra tõttu sunnitud viima läbi telefoni või e-maili teel. Kriisiolukorras intervjuueeritavad tundsid end kindlasti kodustes tingimustes ja distantsilt läbi viidud intervjuu käigus mugavamalt kui esimene intervjuueeritav, sest tema oli justkui tavapärase kliendi rollis (istudes minu vastas, klienditoolil).

Toetavas funktsioonis olevad töötajad vastasid intervjuu etteantud küsimustele kirjalikult. Otsus, küsida toetavas funktsioonis olevatelt töötajatelt kirjalik vastus, tulenes ajanappusest ja eriolukorrast Eestis.

2.3. Uurimuses osalejad

Magistritöö tarbeks viisin läbi kaks intervjuud, kus osalesid Elva valla psüühikahäirega tööelised isikud, kes olid avatud rääkima oma igapäevaelust vaimse tervise raskustega ja kogukonna tundest või selle puudumisest. Uurimuses osalenud tööelised isikud on ühel või teisel viisil puutunud kokku kohaliku omavalitsusega, taotledes sotsiaalteenust või toetust. Ühel uurimuses osalenud isikul on hetkel kohaliku omavalitsuse poolt määratud ka tugiisikuteenus. Teine isik elab omavalitsuse poolt antud sotsiaaleluruumis.

Osalejate poole pöördusin kas telefoni teel isiklikult või läbi tema tugiisiku. Tugiisik tegi uuringus osalenu seas n. ö selgitustööd, seejärel helistasin mina uuritavatele ja küsisin nende nõusolekut. Toetavas funktsiooni töötajate puhul võtsin kontakti e-maili teel, esitades küsimused ja saades neilt ka kirjalikud vastused.

2.4. Uurimuse käik

Magistritööga hakkasin esimest korda tegelema 2019. aasta sügisel, kui osalesin Sotsiaaluuringu planeerimise aines. Selle õppeaine raames leidsin sobiva teema, mida uurida ning paberile sai kirja ka esialgne probleemikirjeldus ning uurimiseesmärk. Konkreetsemad ettevalmistused algasid 2020. aasta jaanuaris, kui alustasin esimest korda teoreetilise materjali otsingutega. Intervjuukava sai valmis märtsis 2020, selleks hetkeks oli ka juhendaja oma hinnangu sellele andnud ja kinnitanud, et sobib intervjuude läbi viimiseks. Sama kuu keskpaigas viisin läbi ka esimese intervjuu.

Plaanis oli esialgu läbi viia 2 poolstruktureeritud intervjuud, kuid lõplikult viisin läbi 5 intervjuud. Viimased 3 intervjuud andsid toetavas funktsioonis olevate isikute seisukoha psüühikahäirega tööeliste isikute toimetulekust igapäevaelus ja takistustest kogukonda sulandumisel.

2.5. Analüüsimeetod

Andmeid kogusin mitmelviisil. Kuid kõik intervjuud salvestasin. üks neist toimus näost näkku, teine telefoni teel ja viimased kolm e-maili teel. Esimesed kaks salvestasin telefoni *voice recorder* rakendusega hilisemaks analüüsimiseks ja teksti transkribeerimiseks. Antud intervjuud transkribeerisin käsitsi tekstifailideks. Helifailid kustutasin jäädavalt seadmetest.

Kvalitatiivse sisuanalüüsi puhul on oluline pöörates tähelepanu teksti sisule või kontekstuaalsele tähendusele (Shannon ja Hsieh, 2005; Cresswell ja Cresswell, 2018). Kõige pealt lugesin läbi mitmeid kordi kogu transkribeeritud teksti, et saada tervikliku ülevaadet. Seejärel alustasin tekstide kodeerimise protsessiga. Kvalitatiivne sisuanalüüs aitas mul paremini läbi viima ATLAS.ti 8 (prooviversioon) programm. ATLAS.ti 8 programm võimaldas lisada minupoolseid kommentaare tööle ja ära märkida intervjuueeritavate poolt olulise öeldu. Äramärkimisel ehk *quotations* loomisel eristatakse oluline ebaolulisest. Seejärel tähenduslikud vastused saavad kodeeritud, lisades tähenduslikele vastustele neile sobivad koodid. Kasutasin avatud kodeerimist (*open code*). Järgmises töö etapis grupeerisin koodid ja koondasin sobivate teemade alla koodipuu. Seejärel oli mul võimalik teemade kaupa raportid (*reports*) välja printida. Analüüsi protsessi käigus märkisin üles ka mõtted, mis tekkisid töö käigus (nt. kuidas intervjuueeritav vastas küsimustele, kas ta vältis mõningaid küsimusi jms.) Tuginesin Shannon ja Hsieh (2005) poolt väljendatud mõttele, et uurija pöörab tähelepanu tekstile, märkides oma esimesed muljed ja mõtted.

2.6. Uurimuse eetilised probleemid

Uurimust planeerides teadvustasin, et tegemist on intervjuueeritavate (kliendi positsioonis inimeste jaoks) isikliku teemaga, mille tõttu võivad nad end tunda haavatuna, seetõttu töötasin läbi kõik poolstruktureeritud intervjuu küsimused. Selleks viisime läbi arutelu juhendajaga ning planeerisime valdkonnad, milles ma küsimusi esitada võiksin. Seejärel võtsin ühendust psüühikahäirega isikutega ja andsin teada soovist neid intervjuueerida ning uurisin, kas nad on selleks valmis. Uurimusküsimusi ma intervjuueeritavatele eel tutvumiseks ei edastanud, kuid selgitasin telefoni teel, mis teemal ma neile küsimusi esitan. Seetõttu oli neil olemas osaline ettevalmistus.

Kuigi intervjuus osalejad olid minu jaoks juba tuttavad kliendid, kelle probleemidega olen ma tööalaselt varasemalt kokku puutunud, ei mõjutanud ega suunanud ma kliente nende vastustes. Kuna ma soovin tagada oma klientidega usaldusliku suhte jätkumist, siis ei avalda ma nende nimesid. Vajalikuks pidasin aga ära mainida asukoha.

2.7. Uuriija reflektatsioon

Andmete kogumine

Poolstruktureeritud intervjuude läbiviimine on minu jaoks tuttav kogemus, olen ka varasemalt kokku puutunud kvalitatiivse uurimusega ja olen kogunud andmeid intervjuude kaudu. Ma tunnen end kindlamalt selle meetodiga töötades, kuna saan läbi avatud küsimuste esitamise ja suhtlemise olulised vastused. Poolstruktureeritud intervjuu annab mulle võimaluse ka käigupealt küsimust mugandada vastavalt kliendi olukorrale või juurde küsida midagi, mis vajaks veel vastamist. Intervjuude läbiviimiseks suuri ettevalmistusi ei pidanud ma vajalikuks teha, usaldas inese varasemat kogemust ning printisin vaid küsimustiku välja.

Intervjuud

Algselt planeerisin läbi viia intervjuud psüühikahäirega tööelistega (vähemalt kahega) ja seejärel viia läbi fookusgrupi intervjuu Elva Vallavalitsuse sotsiaaltöõspetsialistidega, kuid peale esimest intervjuud mõistsin, et magistritöö eesmärki silmas pidades, on mul vaja intervjuuerida individuaalset inimesi, et saada selgust millistest eluvaldkondades esinevad suuremad puudujäägid ja kuidas need valdkonnad mõjutavad ka kogukonda sulandumist. Samuti soovisin teada saada, milliselt näevad psüühikahäirega tööelisi isikuid toetanud või toetavad isikud, millised on nende vaatekohad kogukonda kaasamise osas.

Esimese intervjuu viisin läbi enda kabinetis, Elva varamajas. Selle intervjuuni jõudmine nõudis minult kannatlikumeelt ja veenmis oskust, et saada nõusse intervjuueritav. Tol hetkel mängisid väga suurt ja olulist rolli intervjuueritava tervislikseisund ja tahtejõuetus. Esialgu ei soovinud ta minuga kohtuda ja nõustus vaid telefoni teel intervjuud andma. Siis järgnes sellele soov siiski kohtuda ja silmast-silma vestlus läbi viia. Kuna ma olen intervjuueritavaga varasemalt vestelnud, ei märganud ma tema puhul ka teatud nüansse, mida hilisemalt intervjuud üle kuulates ja transkribeerides täheldasin.

Esmalt täheldasin, et intervjuueeritaval on väga katkendlikud ja hüplikud vastused, peamiselt jättis ta oma mõtte lõpetamata, mistõttu oli transkribeerides keeruline aru saada, mida ta tol hetkel öelda tegelikult tahtis. Seejärel märkas, et perekonda puudutavate küsimuste osas ei soovinud ta kas vastust anda või laveeris vastusega. Oma haigusest intervjuueeritava rääkida ei soovinud, nimetas peamiselt psüühikahäiret „selleks“ ja kasutas ka psühhiaatriaigla asemel sõna „hullumaja“. Väga selgelt lõi välja enesestigma, eriti siis kui ma uurisin kuidas ta enesehügieeniga toime tuleb.

Teise intervjuu viisin läbi telefoni teel, kuna Eestis oli selleks hetkeks kehtestatud eriolukord ja kogu töö oli viidud kodukontoritesse. Esmalt võtsin ma ühendust intervjuueeritava tugiisikuga, et uurida, kas tema näeb oma kliendi valmisolekut intervjuueeritava rolli astumiseks. Sain kinnituse, et valmisolek on olemas ja seejärel kontakteerusin intervjuueeritavaga. Intervjuueeritavaga oli lihtne vestelda, kuna oli valmis kõikidel küsimustele vastama, paraku aga vastused jäid veidi pinnapealseks. Usun, et kui meil oleks olnud võimalus viia läbi silmast-silma intervjuu, siis oleks vastuseid olnud ka sisukamad.

Toetavas funktsioonis olevate isikutega paraku intervjuud läbi viia ei õnnestunud, neile saatsin ma küsimused ja sain ka väga kiiresti vastused.

Intervjuueeritavatega barjääri ei olnud, vastused olid avameelsed ja ausad ka siis, kui mõni teema tundus ebamugav või valulik.

III TULEMUSED

Tulemuste peatükis toon välja uurimuse tulemused ning lisan juurde tsitaadid intervjuudest. Tsitaadi osad, mis on tekstist välja jäetud, on märgitud kahe kaldkriipsu vahel asetsevate kolme punktiga (/.../). Intervjuus osalenud isikute tsitaadid algavad ja lõpevad jutumärkidega. Minu kui uurimuse teostaja kokkuvõtavad mõtted on esitatud tavalises New Time Roman, pt 12 kirjastiilis. Tulemustes on väljatoodud, kas tegemist on intervjuus osalenud naise või mehe tsitaatidega, kuid tsitaadid on esitatud vastavalt teemale. Intervjueeritavad on märgitud järgmiselt: I1 – 53-aastane naine; I2 – 52-aastane mees; I3 – piirkonna koordinaator, I4 – kogukonna liige ja I5 – tugiisik.

3.1. Psüühikahäire avaldumine ja alguses igapäevaelus kogetud raskused

Uurimuse käigus andsid intervjueeritavad ülevaate psüühikahäire avaldumisest ja arvatavatest haiguse avaldumise põhjustest. Uurimuses osalenud selgitasid, et haiguse avaldumise põhjuseid oli mitmeid I1: „Haiguse taak see tuli /.../ kuskil 24-aastaselt. Et ma nagu kuhjasin ennast asjadega üle. /.../ ma tegin pikki päevi /.../ ja töötasin üle. /.../ see ei olnud mitte nii prauh see sattumine sinna, vaid see oli mingisugune oma /.../ harrastuse leidmine, alkohol ja üle töötamine.“.

53-aastane naine selgitas, et psüühikahäire on mõjutanud tema elu alates selle avaldumise ajast peale. Ta on seisnud silmitsi paremate päevadega, kus on suutnud haigust kontrollida I1: „Ma tundsin energiat /.../ ja ma muutusin erksaks. Ma mäletan, et käisin ümber Arbi järve jooksmas, mitu ringi /.../“ ja halvemate ehk tagasilanguse päevadega, mis on lõppenud ka psühhiaatrilisele ravile sattumisega.“.

„Aga see ära langemine oli nagu öösel, ma hakkasin /.../ ringi rabelema ja ma ei leidnud endal /.../ asukohta ja ühest kohast tahtsin teise saada. Ja siis mingil hetkel, tuli see kummaline väsimus peale või see nõrkus /.../. Ma nagu vajusin ära selle ringi rabelemise kätte. Ja siis nüüd selle peale mulle kutsuti see kiirabi, kes viis mind psühhiaatria haiglasse.“ (I1).

Uurimuses osalenud täheldasid, et psüühikahäire mõjutab nende igapäevaeluga toimetulekut. Esmalt tundis intervjueeritav, et enesega toimetulek on raskendanud, kui oli naasnud

psühhiaatriliselt ravilt I1: „Pärast seda haiglas olekut hakkasidki need, et ma ei saa endaga nagu hakkama. /.../ sokid laiali toas ja ajalehed on võib-olla kuidagi ja ma jätan oma tassi ja taldriku pesemata. Et ma lükkan seda nagu edasi.“. Samas on öelnud teine intervjuueeritav, et igapäevaelu toimingud nagu söögi tegemine, tubade korrashoid ja enesehügieen on tema jaoks lihtsad asjad, küll aga ei pea ta vajalikuks pidevalt puhtust hoida. I2: „Aga noh selle kodu korras hoidmisega on ka nii, et üksinda oled ega ei viitsi väga palju rabistada kah siin. Et kui juba väga käest ära hakkab minema, siis hakkad koristama.“.

Uurimuses osalenud 52-aastane mees tunnistas, et psüühikahäire avaldumine tõi kaasa koolieas hingevalu, inimesed hakkasid temast eemale hoidma I2: „Põhikooli ajast, sõbrad... need vaatasid, et ma haige ja hoidsid minust nagu eemale /.../. See ei olnud nagu minu pärast, see oli rohkem nagu nende pärast. Nema is hoidsid eemale /.../. Arvasid, et ma lollikene ja nii edasi.“.

Uurimuses osalenud psüühikahäirega isikud tunnistasid, et peale haiguse avaldumist on olnud keeruline toime tulla igapäevaelu toimingutega, see on mõjutanud suhteid nii koolieas kui ka hilisemas elus. Järgnevas alapeatükis käsitlen suhteid naabrite, ümberkaudsete ja lähedastega.

3.2. Suhted naabrite, ümberkaudsete ja lähedastega

Psüühikahäirega isikute elukoha vahetus, kus üürikorterist kolitakse sotsiaaleluruumi või koguni vahetatakse asulat – väike linnast maale, väiksemasse kogukonnad, võib olla tingitud majanduslikest raskustest. 53-aastane uurimuses osalenud naine oli elanud Elva linnas 50-aastat ehk teisiti öeldes kogu oma elu, pool aastat tagasi kolis ta 9 km kaugusele Hellenurme külla. I1: „50 aastat elasin Elvas eks. Ja nüüd ma siis elan Hellenurmes ja /.../ koos oma kahe kiisuga.“ Elukoha vahetamiseks võib olla ka muutuse vajadus, lähedase isiku surmast tingitud üksindus ja turvalisuse puudumine. „Pärast seda kui mul vend ära suri, ma teadsin sugulased ei oleks mind enda juurde võtnud, et kuigi mõnes mõttes oleks see loomulik aga jah /.../ ja see majakene keset linna ja kui sa tuled sealt uksest välja, vaatad et nüüd kelle juurde või kuhu ma lähen.“ (I1).

Intervjuueeritav tunnistas, et uue elukoha ja ümbruskonnaga harjumine võtab aega. I1: „Ma ütleksin niiviisi, et kui selline kodu oleks mul Elvas, kus on nagu tuttavamad inimesed ja liikumist ja kus ma saaksin siiski seda töökohta paremini valida. Ma ütleksin, et siis ma oleksin

selle kohaga rahul.“ Samas on ta rahul uute elutingimustega ja annab võimaluse ka uuele elukeskkonnale Hellenurmes „No öeldaksegi, et sa pead nagu kõik need aastaajad ühes kohas ära elama, et see... nagu ma sinna talvel sattusin.“.

52-aastane mees tunnistab, et oma elukeskkonnas ta midagi muuta ei soovi ja on hetke olukorraga rahul, sest tema läheduses asuvad toidupood, pargid ja terviserajad, mis võimaldavad tal tegeleda ka oma hobidega.

„Meeldib mulle siin see, et /.../ toidupood on ligidal. See on meelepärane, aga noh häirib... ega otseselt midagi ei häirigi.“ (I2).

Oluliseks saab uue elukohaga harjumisel ka naabrite olemasolu ja valmidus suhelda uute naabritega. Üks intervjuus osalenu leidis, et tema suhted uute naabritega ei ole nii soojad kui ta lootis, samas on ta veendunud, et põhjuseks on tema enda halb suhtlemine ja võib-olla ka hoidumine liialt aktiivsest suhtlusest. I1: „Ma ei ütle, seal naabrid ja kõik on väga toredad ja nad on kindlasti nõus minuga suhtlema. Aga mina ise... võib-olla lööb nüüd jälle see minu halb suhtlemine välja. /.../ ma oskan ennast väljendada, aga mitte suuliselt, vaid kirjalikult.“.

I1: „Ja mul on seal üks meesterahvas, kellega ma olen ajanud juttu /.../, kes elab hooldekodus. Ta on muidu Elvast pärit. Ma sain temaga /.../ kokku /.../ raamatukogus, ta käib seal tihti. /.../ Üks inimene, keda ma usaldan ja kellest ma saan aru, et meil on mingisugune ühis osa.“.

Intervjueeritav tõdes, et lähedasi ja usalduslikke suhteid tal naabritega ei ole, kuid naabritest on mõned üksikud inimesed, kellega ta lävivib rohkem ja kelle poole ta on aeg-ajalt pöördunud ka abi saamiseks. I2: „Üldiselt ega eriti ei ole, aga lihtsalt nagu jah, näeme koridoris või linna pea ja teretame. Siin mingisugune noormees on, kes mul siin vahepeal arvutit aitas või mobiili midagi seal rakendusi avada. Ja pool korrust all naabrimees, temaga ka ikka suhtleme vahel, kui poest tuleme koos ära.“. 52-aastane mees on leidnud endale ka vanema ealise mõttekaaslase kõrval asuvast kortermajast, kellega aeg-ajalt arutatakse tervisemurede üle. „Ühe kõrvalmaja naabrimehega, vanem mees, ta on pensionär. Üle 65-aasta kindlasti. Temaga ma ikka suhtlen, aga nüüd ma ei ole teda kaua aega näinud, et nüüd kus see isolatsioon on. /.../ aga muidu temaga me ikka suhtlesime kui möödusime või kui hoovipeal trehvasime, siis ajasime juttu /.../. Tema kurdab mulle oma tervisemuresid ja eks ma ikka kuulan teda.“ (I2).

Mõlemad intervjuueeritavad tunnistasid, et lähisugulastega (õed-vennad) suhtlus puudub või on see teatud asjaolude tõttu raskendatud. 52-aastane mees suhtleb peamiselt noorema õega ja õe lastega. I2: „No me noorema õega suhtleme, aga ta ei ole mu eluga kursis. Vanema õe lastega suhtlen ka, aga üldiselt ega õed minuga suhelda ei taha. Ega nad väga ei mõista mind, /.../ vanem õde on selline ülbe ja noorem õde on maru tark ja kõike teab /.../. Kuidagi raske on nendega suhelda. Vanem õde ei ole eelmise aasta aprillikuust saadik minuga ühendust võtnud.“. Sealjuures 52-aastane mees soovib, et tema ja õdede vahelised suhted oleksid paremad „Ei noh, eks ikka võiksid need suhted nagu paremad olla. Aga paraku nad sellised on.“.

Uurimuses osalenud selgitasid, et naabrite ja ümberkaudsetega suhtlemine on vähesel määral olemas. Mõne naabriga arutatakse tervisemurede üle, teiselt naabrilt saadakse aga arvutialast tuge. Lähedaste (peamiselt õdede ja vendadega) suhete hoidmine on olnud mõlema uurimuses osalenud isiku jaoks keeruline, ollakse eriarvamusel seoses psüühikahäirega isiku elukorralduse osas.

3.3. Tööeluga seotud aspektid

Psüühikahäirega isikute jaoks on olulisel kohal tööelu. Peamiselt sobivad psüühikahäirega isikule lihtsamad tööd, mis vajavad rohkem füüsilist kui vaimset pingutust, seetõttu on 53-aastane naine valinud endale füüsilist raske töö puukojas. I2: „Ütleme siis nii, et puukojas ja noh tänuväärne on see, et /.../ ma töötan mustalt. Need normid ja asjad... no see peremees /.../ ütleb ka, et selleks et ma teeniksin välja /.../miinimumi... ma ei suudagi nii palju töötada.“.

„Tema laseb mulle puid ja mina siis kuidas kunagi, panen kotti või laon riita. /.../ Kui ma seal nädalaega ära käin, siis ma olen täitsa väsinud.“ (I1).

52-aastane mees osaleb toetatud töötamisel ning tema tööülesanded on varieeruvad, sõltuvalt tööandja korraldusest. „Tegin salli ja siis vaipa proovisin teha. Ja vahepeal koristan seal, mõned korrad. Ega seal ei ole mingit vahet, naised-mehed üks töö.“ (I2).

Uurimuses osalenud pidasid ka oluliseks seda, et töökoormus oleks sobilik ning töökorraldus paindlik. Üks intervjuus osalenu andis oma tööandjale teada, et on puuduva töövõimega ning psüühikahäirega isik. I1: „Ja tänu sellele, et ma rääkisin... ma usun, et ma tegin õigesti, et ma rääkisin, et mul on noh see töövõimetus. Aga kui ma teen tööd, siis ma saan sellega hakkama ja nüüd on võimalik, et ta saab siis lubada teatud tingimustel töötamist.“.

52-aastane mees on oma töökoormusega rahul. Ta ütleb: „Alguses neli korda nädalas 2 tundi päevas, nüüd olen kolm korda nädalas ja 3,5 tundi päevas.“. 53-aastane naine käib tööl harvem, kuid teeb see eest pikki päevi. „Ikkagi kui ma lähen, siis kuskil 8 tundi. /.../ see kuu võib-olla olen 5-6 päeva käinud.“ (I1).

Uurimuses osalenu leidis, et tööl käimine ja töö tegemine on oluline osa vaimse ning füüsilise tervise tasakaalus hoidmiseks. I1: „No vot see vaimne tervis mõjutab seda füüsilist ka. /.../ Ja selge on see, et kui sa ei taha ennast liigutada, ja oled seal sängi peal pikali, sa jääd /.../ sinna nagu mingi kuradi puunukk. Sul on seal sängis tohutult halb olla ja kui sa nüüd tõused üles, siis su luud ja liigesed on kõik kanged, su veri ei käi üldse ringi, su pea käib ringi. Sa oled seal üleval /.../, seal on sul ka selline tunne, et sa kukud ümber. No ongi, see et sul ei ole mitte kuskil hea olla, vot see ongi kõige jubedam tunne. Selge on see, et inimene on sunnitud liikuma. See füüsiline töö see annabki seda liikumist, mida sa muidu võib-olla ei teeks.“. Ta lisab veel: „Ma tegelikult tean, et see koju jäämine...ma pean ennast kindlasti sundima mingil põhjusel noh välja tulema. Ja kõige lihtsam on tulla tööle.“ (I1).

Suhteid tööandjatega pidasid mõlemad intervjuueeritavad keerulisteks või lausa välja kannatamatuteks, tuues näiteid olukordadest. 52-aastane mees kinnitas, et nüüd on tööandjaga suhted paremad, kuid kogetud konflikti olukord on hoidnud teda ärevana. „Tööandjatega saan nüüd hästi läbi. Ühega oli selline konflikt, ta hakkas seal targutama liiga palju ja oli selline väga üleolev. Aga ma rääkisin oma tugiisikule ka, et mul selline konflikt tekkis.“(I2).

53-aastane naine tõdes, et kui temal oleks võimalik asuda teise kohta tööle, siis ta teeks seda kindlasti, kuna tunneb, et töö õhkkond on tema jaoks välja kannatamatu. I1: „Kui mul oleks valida, siis ma ei töötaks seal. /.../see kuidas ta sõimab, kuidas ta teist kolleegi alandab. See kuidas ta tema igat liigutust kommenteerib, mõnitavalt ja karjub ta peale. Ütleb, et sa ei kõlba mitte kuskile ja samas laseb tal seal ikkagi töötada. See mulle õudselt mõjub. Mina, kes ma olen kõrvalt vaataja. Ma täitsa tunnen, et ma ei talu seda.“.

Ka füüsilise tervise kõrvale kalded on teinekord takistavaks teguriks tööelus osalemisel ja sunnivad inimest jääma koduseks. 52-aastane mees tunnistas, et füüsiline tervis on viimastel aastatel muutunud kehvemaks avaldudes põlve kõhrede ja puusaliigese kulumises. „No füüsiline on... 2-3 aastat tagasi diagnoositi mul põlveartriit, /.../ 5-6 kuud tagasi hakkas mul puus valutama, käisin kaebasin perearstile. Nüüd hiljuti lõi selga valu, läksin perearsti juurde,

perearst saatis mu kohe Tartusse röntgenisse. Seal tehti pilt ja öeldi, et 2. ja 7. lüli on kulunud. /.../pani pidurid peale, ma ütlen et ma ei saanud tööjuures 3-4 päeva käia.“ (I2).

Siiski tõdesid uurimuses osalenud, et abi otsmisega ei venitata ning võimalusel kasutatakse ära psüühikahäirega isikutele pakutavaid rehabilitatsiooniteenuseid, mida paraku osutatakse vaid Tartu linnas. 52-aastane mees osaleb rehabilitatsiooniteenustest füsioteraapias ja sotsiaalnõustamisel „/.../ mul on Tartus füsioterapeut ka, kes Paidest käib. Ma seal käin juba pikemat aega. Tema näitas neid põlve harjutusi mulle ja tegi mulle joonised, mis harjutusi teha. /.../ Aga see füsioterapeut ütles mulle seda, et sa pead neid võimlemisi tegema kuni surmani.“ (I2).

Tööelus osalemine või sellest eemalolek mõjutavad ka psüühikahäirega isiku sissetulekuid. Peamiseks sissetuleku allikaks on osalise või puuduva töövõime eest makstav igakuine töövõimetoetus. Sõltuvalt inimese igapäeva vajadustest on paljud psüühikahäirega isikud ka osaliselt palgatööga hõivatud. 53-aastane naine leidis, et 40 töötundi nädalas töötada on tema jaoks küllaltki keeruline ja üle võimete. I1: „Need normid ja asjad... /.../ see peremees /.../ ütleb, et /.../ ma teeniksin välja miinimumi... ma ei suudagi nii palju korraga töötada.“

Uurimuses osalenud leidsid, et rahaasjade korraldamisega tullakse iseseisvalt toime. I1“ Ma ikka arvan, et ma tulen toime.“

I2: „Ma ise tegelen ikkagi. Noh normaalselt saan hakkama.“

Üks uurimuses osalenu tunnistas, et vahel raiskab ta raha asjadele, mis tekitavad temas heaolutunde. I1: „Mul tekib selline kummaline ükskõiksuse foon vahepeal või selline minna laskmine. Siis ma muidugi võin ka laristada /.../. Ma näiteks võin osta endale magusaid asju kokku ja süüa seda magusat ja siis ma tunnen, et ma olen õnnelik /.../“.

Uurimuses osalenud 53-aastane naine tõdes, et elu jooksul võetud kiirlaenud mõjutavad tänaseni tema toimetulekut. I1: „Aga muidugi, kuidas ma ütlen... paganama kohtutäiturid. /.../ see paganama kiirlaen, mis on võetud ja see on üle pea kasvanud. Kui ma nüüd selle kaelast ära saan, siis need ülejäänud viis on kõõmes.“

Psüühikahäirega isiku jaoks on oluline olla tööga hõivatud, et hoida tasakaalus vaimne ja füüsiline tervis. Oluline on leida töökoht, sobiva koormuse ja võimalikult paindliku graafikuga.

Uurimuses osalenud pidasid oluliseks ka häid suhteid tööandjaga, et tagada meeldiv töökeskkond. Psüühikahäirega inimese majanduslikku toimetulekut mõjutavad nende finantsilised oskused ja otsused. Peamiselt tullakse rahaasjade korraldamisega iseseisvalt toime.

3.4. Mõtted ja tunded enese suhtes teiste inimestega suhete kontekstis

Intervjuudes osalenud inimesed seisavad silmitsi ükskõiksuse ja apaatia nähtustega, mis esinevad erinevates elu situatsioonides. I1: „Ma ei ole kellelegi teisele vajalik. Jälle selline ükskõiksus ja apaatia.“ Väga tihti tunnevad nad hirmu, et nende taust ja nende diagnoos saab avalikuks teadmiseks I1: „Keegi ei ole mulle midagi öelnud, aga ma ise nagu... tõenäoliselt ma võimendan seda tunnet oma peas /.../ see hirm, et nüüd tuleb minu taust välja. Või ma kuidagi oma käitumisega näitan seda välja.“.

Tihti tunnevad psüühikahäirega inimesed teiste inimeste halvustavaid pilke või saavad hukkamõistu osaliseks.

I1: „Ma selle naabri silmis näen, tema näoilmes, et ta taunib. Ja mina ei suuda talle koguaeg rääkida, et ma olen haige.“.

I1: „Raamatukoguhoidja vaatas mind imestunud, et miks ma tahan need tassid ära visata. /.../ ta ei saanud aru. Ma ei selgitanud ka. /.../ Hirm selle mitte mõistmise ees ja see, et sa peaksid koguaeg jutukas olema, aga mina seda ei ole. Ma vajan /.../ aega, et sa kuulaks mind.“.

53-aastane naine tunnistas, et võrdleb end tihti teiste inimestega nii välimuselt kui aktiivsusest ning püüab enda tegeliku olekut ja minapilti paremast küljest näidata. „Võib-olla lööb nüüd välja see /.../ iseenda häbenemine. /.../ Sest noh ma olen niisugune... näiteks mu naaber on koguaeg hoolitsetud välimusega, aga mina... kui ma lähen /.../ WC-sse ja kui me saame koridori peal kokku, siis mul on /.../ juuksed sassis, /.../ tilla-tõlla /.../ võib-olla see pilk on kuidagi hajali. Et kui inimene vaatab, siis ta ikkagi vaatab mind, et midagi ikka on viga. See iseenda häbenemine lööb kindlasti välja.“.

peal kokku, siis mul on /.../ juuksed sassis, /.../ tilla-tõlla /.../ võib-olla see pilk on kuidagi hajali. Et kui inimene vaatab, siis ta ikkagi vaatab mind, et midagi ikka on viga. See iseenda häbenemine lööb kindlasti välja.“

I1: „Ma näitan ennast kuidagi teisiti, samas ma tean, et see olengi mina. Koguaeg hakata end varjama ja ennast peitma ja tegema ennast mingisuguseks muuks kui see, kes ma olen, see ei ole nagu antud hetkel minu loomuses ja minu vajadus.“

Uurimuses osalenud tunnistasid, et psüühikahäirega elamine tähendab üsna pidevat eraldatuse ja üksildustunnet, mis on valmistanud elus palju emotsionaalset valu.

I1: „Aga see üksildus probleem ongi suur probleem tegelikult. See mõjutab kuidagi mu emotsioone /.../, ma olen emotsionaalselt endast väljas. Selle kohta öeldaksegi, et ma olen labiilse närvisüsteemiga. Aga kõik ei mõista seda, ei saa sellest aru. Et ma olen /.../ nii rahulik ja selline tasakaalukas ja minuga saab juttu ajada... et kuidas see sinu /.../ labiilsus on siis, kui sa parasjagu ei nuta ja ei näita mingisuguseid /.../ erilisi emotsioone. /.../ minu haiguse puhul ongi sisemine labiilsus, ma seest väga tugevalt kõigun. Ja muidugi mõtlemine kõigub.“

I1: „Mul olid sellised enesehävituslikud mõtted /.../ lagunesin koost. /.../ ja see tunne, et ma ei ole kellelegi vajalik“.

53-aastane naine omistas üksildustunde tähenduse ka objektidele, tuues näitena välja üksikud tassid, mille oli saanud abipakiga. Ta ütles: „Raamatukoguhoidja saatis mulle toiduabipaki ja seal olid /.../ ühed tassid. /.../ need olid üksikud tassid ja see nagu võimendas minu üksildustunnet.“ (I1).

Uurimuses osalenud tunnistas, et aktiivsete ja tempokate inimestega suhtlemine väsitab, ta lisa et see võib olla põhjustatud tema enda aeglasest olemisest.

I1: „See, et ma olen ise natukene aeglase olemisega. Ja teised on tempokamad. Vot see, kui mina püüan /.../ millestki rääkida, ma saan aru mis mulle räägitakse või minult küsitakse, aga ma ise olen võib-olla natukene selline uimane ja /.../ aeglane oma vastustes. /.../enamus inimesi on minust erksamad ja niisugused tragimad ja jutukamad. Ja kõik see võib mulle alguses meeldida, aga mingil hetkel ma väsin sellest ära.“

Psüühikahäirega isikute jaoks ei ole võõras eraldatus ja üksildustunne. Kartus, et haiguse info avaldamise ees hinnatakse neid teisiti, on suur. Enese võrdlemine teistega toob kaasa enese häbenemise ja enese vajalikkuses kahtlemise.

3.5. Toetavas funktsioonis olevate töötajate vaade

Uurimuses osalenud psüühikahäirega tööelised isikud on saanud tuge nii kohaliku omavalitsuse poolt korraldatud sotsiaalteenustest kui ka kogukonna hoolivatelt liikmetelt. Uurimuses osalenud psüühikahäirega isikutele on osutatud nii materiaalsel kui ka sotsiaalsel tuge. Abipakkujad on end psüühikahäirega isikute elukäiguga end ajajooksul kurssi viinud. Järgnevalt annavad ülevaate abistaja rollis olevad isikud psüühikahäirega isikute toimetuleku kohta ning selgitavad, mis neid ajendas abi pakkuma.

Piirkonna koordinaator ja kogukonnaliige selgitasid, et pakkusid 53-aastasele naisele abi uude elukohta sissekolimisel, elukoha ettevalmistamisel, ostsid vajalikud toiduained, riided ja voodipesu ning andsid ka kokkamiseks lihtsaid näpunäiteid.

I3: „Aitasin /.../ sissekolimiseks ettevalmistamisel. Julgustasin, toetasin, rääkisin uue elukoha plussidest ja miinustest. Korrastasin ruumid, panin kardinad ette, paigutasime koos mööbli paika, otsisime nõud. Arutasime, et mis asjad jätame ja millised uues puhtas ruumis enam ei kõlbaks.“.

Piirkonna koordinaator juhendas psüühikahäirega isikut toiduainete valimisel ja toiduvalmistamisel.

I3: „Õppisime kasutama pliiti. Arutasime läbi söögi valmistamise võimalused, mida osta, kuidas säilitada. /.../ Pakkusin talle ka toiduaineid omalt poolt. Kõige rohkem maitsesid temale pakisupid.“.

I4: „Algus oli raske, piirkonna koordinaator õpetas teda pliiti kütma, pesumasinat kasutama /.../“.

Koos otsustati ka riiete ja voodipesu valiku üle. Kuid mõningate asjade vastu psüühikahäirega isikul huvi puudus.

I3: „Vaatasime üle riided, voodipesu. Pakkusin temale raamatuid, ajakirju, ajalehti. Aga huvi ei olnud.“.

Kogukonnaliige abistas psüühikahäirega isikut transporditeenuse korraldamises.

I4: „Kolisin teda oma autoga veel, kõige kahe kassiga.“.

Kogukonnaliige täheldas psüühikahäirega isiku juures kolimise eel positiivsust ja õhinat.

I4: „Ta oli nii positiivne. Mõtle, vesi, oma tuba, joodikust naabreid pole ja kassid võisin võtta. Sai talle toad sisustatud, kardinatega elektripliidi-külmkapini välja.“.

Tugiisiku seisukohast vajas tema klient peamiselt abi perekondlike kontaktide uuesti loomiseks, tööle asumisel ja julgustust tugigruppidest osavõtuks. I5: „Mida mina tegin? Taastasime suhted noorema õega ning tema perekonnaga. Kohtusime nendega mõned korrad ning rääkisime korteri vahetamisest väiksema vastu, siis saaks 52-aastane mees ise kanda kõik korteriga seotud kulud. Praegu maksab kulud Pärnus elav vanem õde. Sobiva korteri leidmisega tegeleb õe pere.“.

Tugiisiku üheks eesmärgiks oli psüühikahäirega isiku tööle saamine ja seeläbi tema iseseisvuse kasvatamine.

I5: „Püüdsin veenda teda tööle asuma. Kahjuks on ta väga valiv ning sobivat tööd Elvas me ei leidnud. Ta käis küll mõnel töövestlusel, kuid proovitööni ei jõudnud. Seetõttu tegime taotluse Sotsiaalkindlustusametile, et ta saaks pikaajalisele kaitstud töö teenusele. See õnnestuski ning ta hakkas käima Tartus Koduhoolduses, Sõbra tänaval.“.

Esialgu tekkisid psüühikahäirega isikul kohanemisküsimused uue töökohaga, pakutud töö oli vastumeelne, kuid tehtud töö eest saadav palk motiveeris pisut. Samaaegselt osales psüühikahäirega isik ka erinevates tugigruppides, mille tõttu oli elutempo kiire.

I5: „Algul talle pakutud tööd väga ei meeldinud, kui kuna seal veidi palka maksti, siis suutsin teda motiveerida seal käima. /.../Samal ajal kui oli töö, käis ta ka kahe tugigrupis. Seega oli ta elu päris kiire ning huvitav.“.

Uurimuses osalenud toetavas funktsiooni töötajaid ajendas abi pakkuma peamiselt, kas varasem tutvus ja inimese taustaloo tundmine, lihtne soov aidata või tööülesannete täitmine.

I3: „Tunnen teda vähemalt 20 aastat. Ta on ka minu poole varem pöördunud. Kuna ta oli jäänud väga üksikuks, vanemad surnud. Õde küll on. Mõtlesin ja lootsin, et minu abist on temale abi. Samas lootsin, et uus elukoht ja ruum annavad ka temale positiivse laengu ning ta hakkab oma eluga paremini toime tulema. Oma iseloomu tõttu olen alati sotsiaalprobleeme võtnud tõsiselt ja vähemalt püüdnud abi ja nõu anda.“.

I4: „Algul oli kahju, pärast mõjus tema positiivsus, kuna elan ise samas külas, siis sama tee ja eks eelnevategi tööaastate jooksul igasugu inimestega kokku puutunud. Lihtsalt inimese aitamine.“.

Piirkonna koordinaator, kogukonnaliige ja tugiisik tõdesid, et kogukonda sulandumisel aitab kaasa avatus uutele võimalustele ja suhete loomisele.

I3: „Kogukonda sulandumiseks on kõik võimalused olemas. Raamatukogu on samas majas. Teda on kutsutud rahvatantsuringi. Kogukonnas on isegi tööd pakkuda, hooldekodus. Minu kaudu saab kontakti luua.“.

I4: „Ideaalne oleks, kui ta leiaks endale sõbranna, sellise lihtsa. See võiks olla kohalikust kogukonnast, soovitasin talle, et mine vaata kui kuuled all korrusel muusikat, esimesed korrad ei taha, ei oska, mine suhtle, võib-olla liigud muusika rütmis, sätid end veidi. Ei peagi esinema minema, kui ei taha, käi enda tarbeks. Võib-olla leiaksid nii suhtlusringi uue, kuuleks mõne hea mõtte, mida küpsetada, kuis mõni lill kasvama panna. Õues on kevad, piirkonna koordinaator pakkus võtame koos reha, lähme kraabime, no ei ole huvi... nii väsitaks end füüsiliselt, oleks pärast hea olla /.../. Ma ei tea kas tal on või saaks talle soetada ratta, sõitku lähi piirkonnas, tutvugu looduse-ilusate kohtadega.“.

Intervjueeritavad pööravad tähelepanu sellistele nähtustele nagu huvi ja algatusvõime puudumine, psüühiline ebastabiilsus ning soov saad häid asju elus ilma suurema pingutuseta.

I3: „Takistused on psüühiline ebastabiilsus. Tahtejõu puudumine. Ta soovib kõike head saada, aga panustada enda poolt ei soovi. Unistaja.“.

I4: „Algatus puudub enda poolt, käe kõrvale vaja võtta, nakatada erinevaid meetodeid kasutades. Kokkuvõttes jah, lapsehoidja vajadus. Eks selliseid ole vallas mitmeid, kui eriolukord lõppeb, kas mingit koolitusprogrammi järk-järgult suheldes, liikudes, koos samasugused, saaks mõnigi kasu.“.

I5: „Kuna ta on veidi teistmoodi, siis on tal väga raske leida tööd Elvas ning seetõttu ka kogukonda sulanduda. Kui ta saaks nüüd jätkata tööharrutusega, siis ehk muutub olukord paremaks, eks seda on näha. /.../ Takistused töö valikul on tööharrumuse puudumine, ununenud kunagised õpitud oskused, ükski töö ei sobi, probleemid tervisega.“.

IV ARUTELU JA JÄRELDUSED

Arutelu peatükis toon välja olulisemad intervjuude analüüsis selgunud tulemused ning võrdlen saadud tulemusi varasemates uurimustes ja kirjanduses väljatoodud infoga. Tulemustes toon välja olulised aspektid intervjuudes osalenud psüühikahäirega tööeliste inimeste elu ja olu kohta, mida ei saa üldistada kõikidele tööeliste isikutele.

Psüühikahäirega kaasuvad takistused igapäevaelus, majanduslikus toimetulekus ja suhetes naabritega

Psüühikahäire on haigus, millega kaasnevad muutused emotsioonides, mõtlemises ja käitumises (või nende koosmõjus) (What is..., 2020). Intervjuus osalenud psüühikahäirega tööelised isikud kogevad psüühikahäirega toimetulekut erinevalt, tundes erinevates eluvaldkondades tagasilööke. Psüühikahäire avaldub valdavalt 24-eluaastaks (What is..., 2020) ja ka uurimuses osalejatel diagnoositi psüühikahäire samuti 24-eluaastal.

Sageli puudub psüühikahäirega isikutel tahtejõud tegeleda igapäevaelu toimingutega, sealhulgas lihtsamate ja hädavajalike tegevustega nagu seda on toidu valmistamine, tubade koristamine ja enese eest hoolitsemine ehk elementaarse hügieeni tagamine (Ogbuya, 2012). Selleks, et igapäevaelu toimingutega tegeleda, peavad psüühikahäirega isikud end pidevalt sundima ja motiveerima, nii tõdesid ka uurimuses osalenud psüühikahäirega tööelised isikud. Ühe uurimuses osalenu sõnul on vahepeal „minna laskmine“ mõistetav, mistõttu hakkab ta tube koristama alles siis, kui asjad on väga korrast ära. Teise uurimuses osalenu peab end sundima tegelema elementaarsete hügieenitoimingutega ja tunneb, et palju avaldab mõju see, millisenä tema ümber olevad isikud välja näevad.

Psüühikahäire põhjustab sageli madalamat sotsiaalmajandusliku seisundit, mis tuleneb madalamast haridustasemest, sobiva töö puudumisest, madalama palgaga töökohal töötamisest; seega võib psüühikahäirega isikul tekkida raskusi talle tuttavas ja turvalises kogukonnas elukoha soetamise ja hoidmisega (Kopel ja Cramer, 2015). Intervjuus osalenud psüühikahäirega isik kirjeldas, kuidas majanduslikud raskused on sundinud teda korduvalt pöörduma kohaliku omavalituse poole, et saada elamiseks sotsiaaleluruum. Uude elukohta kolimisel oli ta sunnitud tegema valiku oma isiklike asjade seast, sest kõike kaasa ei olnud

lubatud võtta. Uus eluruum andis talle juurde aga pesemis võimalused, mida varasemalt tal ei olnud. Samuti uue eluruumi ja sealse keskkonnaga harjumine vajab aega ning kannatlikust.

Stigmatiseerimise ja sotsiaalse isolatsiooni otsene mõju psüühikahäirega isiku heaolule ja toimetulekule

Psüühikahäirega inimesed tunnevad sageli end diskrimineerituna või häbimärgistatuna oma majandusliku olukorra, eluaseme, sotsiaalse positsioon ja vaimse tervise olukorra tõttu (Mejia-Lancheros jt., 2020). Kontaktid lähedaste inimestega on keerulised või katkenud, sest lähedased ei mõista psüühikahäirega isiku emotsioone ja käitumist, nii kinnitasid ka uurimuses osalenud. Nt. ei suudeta hoida suhteid oma õdede-vendadega. Üks uurimuses osalenud psüühikahäirega isik selgitas, et õdedega suhtlemine on raskendatud, sest ollakse tema suhtes liiga võimukad ja kõikiteadja-suhtumisega. Psüühikahäiretega isikute sotsiaalsesse isolatsiooni langemise vältimise üheks eelduseks on head suhted naabritega, naabruskonnas olevate inimestega, kellelt on võimalik vajadusel tuge saada (Gyasi jt., 2019). Sageli on aga lihtsam hoiduda sotsiaalsete suhete loomisest kogukonnas, et vältida halvustavaid ja hukkamõistvaid pilke naabrite ja ümberkaudsete poolt. Uurimuses osalenud tunnistasid, et on loonud kontakti mõne naabri või ümberkaudse inimesega, kuid valdavalt ollakse siiski tere-tasandil ja isiklikumat laadi suhteid luua ei ole õnnestunud.

Uurimuses osalenud psüühikahäirega isikud leidsid, et hukkamõistmist on rohkem kui omaksvõtmist nii naabritega suheldes kui ka tööalastes suhetes, mis põhjustab psüühikahäirega isikute sotsiaalset isoleeritust kogukondadest ning enese vajalikkuses kahtlemine valmistab emotsionaalset valu. Häbimärgistamine ehk stigmatiseerimine iseloomustab iseenda või haiguse häbenemist ja usalduse kahtluse alla seadmist, mis omakorda eraldab haiged inimesed tervetest (Ghai jt., 2013). Uurimuses osalenud psüühikahäirega isikud kinnitasid, et enesestigma on igapäevaeluga kaasnev nähtus, kus võrreldakse end, oma välimust ja saavutusi tihti teiste inimeste omadega ning püütakse näidata oma tegeliku olekut ja minapilti paremast küljest. See aga valmistab raskusi enese aktsepteerimise osas, mis on oluline aspekt personaalse taastumise juures. Personaalne taastumine on viis, kuidas elada rahuldust pakkuvat ja lootust andvat elu, koos haiguse põhjustatud piirangutega, ning mille läbi muutuvad inimese hoiakud, väärtused, tunded, eesmärgid, oskused ja rollid (Anthony, 1993: 527, Slade jt., 2017: 25). Paraku ei ole aga uurimuses osalenud isikud teadlikud personaalse taastumise viisist ning neil

ei ole ka vastavat tuge oodata toetavas funktsioonis olevatelt inimestelt. Seetõttu ei tegeleta ka piisavalt inimese identiteedi kujundamise toetamise protsessiga, mis on oluline oskus kogukonnatööd tehes.

Tänapäeval aitavad sotsiaalsed võrgustikud raske psüühikahäirega inimestel, kellel on tavaliselt vähem ja madalama kvaliteediga sotsiaalne tugi, avastada nende jaoks olulisi sotsiaalseid tegureid (Brunt ja Hansson, 2002). Seetõttu leidsid uurimuses osalenud psüühikahäirega tööelised, et tööl käimine on üks võimalus enda tasakaalus hoidmiseks, kuna see võimaldab neil panustada ühiskonna ja enese heaolu tagamisse ning hõlbustab sotsiaalsete suhete tekkimist. Kolleegide ja tööandjatega suudetakse hoida meeldivaid ja rahuldust pakkuvaid suhteid, mistõttu on tööl käimine üks päeva helgemaid hetki.

Kogukonna valmisolek toetada ja aidata abivajavat psüühikahäirega isikut igapäevaeluga toimetulekul ja uute suhete loomisel

Multidistsiplinaarsed lähenemisviisid tugevdavad kogukonnatööd - olgu eesmärk tervise edendamine, naabruskonna uuendamine või huvipakkuvate kogukondade toetamine (Sudmann ja Breivik, 2018). Toetavas funktsioonis olevad isikud nägid end inimese igapäevaelu instrumentaalsete tegevuste toetajana, kuid ei osatud selgitada kuidas tegeleda inimese ja kogukonna vahelise suhtega. Toetavas funktsioonis olevad isikud tõid välja ka selle, et vaja oleks vastavaid koolitusi ning programme, mille abil oleks võimalik inimest aidata. On vajalik pöörata suuremat tähelepanu personaalsele taastumisele ja juhendada inimest leidma oma kohta kogukonna suhete struktuuris (Narusson, 2019). Psüühikahäirega inimesed, kes elavad tava kogukondades, väärtustavad neid kogukondi, mis on abivalmid, madala riskiga, ei stigmatiseeri ja hõlbustavad altruismi (Bromley jt., 2013).

Toetavas funktsioonis olevad isikud on pakkunud abi erinevatesse eluraskustesse sattunud inimestele, olgu selleks uude elukohta kolimine ja sisseelamine või perekondlike suhete taastamine. Pigem leidsid toetavas funktsioonis olevad isikud, et psüühikahäirega tööelised isikud keelduvad lihtsamini neile osutatavast abist, kui teised.

Uurimuses osalenud toetavas funktsiooni töötajaid ajendas abi pakkuma peamiselt, kas varasem tutvus ja inimese taustaloo tundmine, lihtne soov aidata või tööülesannete täitmine. Ühe uurimuses osalenud toetavas funktsiooni oleva isiku puhul oli tegemist teenuse

osutamise (tugiisikuteenus), mis võis tähendada ka seda, et abi pakkumine seisnes pelgalt tööülesannete täitmises. Teiste toetavas funktsiooni olevate töötajate puhul oli tegemist aga abi pakkumisega, mis tuli soovist aidata juba tuttavat inimest. Taustaloo tundmine omab olulist rolli. Teades inimese tugevusi ja nõrkusi, suudetakse pakkuda inimesele just seda abi, mis neil tegelikult ka vaja on. Psüühikahäirega inimesel võib esineda uues situatsioonis ja keskkonnas kohanemiskursus. Toetavas funktsioonis töötaja saab siinkohal olla toeks arutledes läbi olukordade head ja halvad küljed, pakkudes võimalust harjuda uue olukorraga. Kogukonnatöö tunnusjoon on fassiliteerida mõjuvõimu rakendamist ja kriitilise üksmeele saavutamist, kogukonna suutlikkust ja sotsiaalset kapitali, teemavalikut, osalemist ja muuta kogukonnatöö asjakohaseks (Minkler jt, 2008: 294).

Suhtlemise käigus saadakse vajalikku informatsiooni ja parim ülevaade isiku erinevatest elutahkudest ja puudujääkidest (Devine jt., 2017). Psüühikahäirega inimesed tajuvad raskuseid, kui nad ei saa asjakohast tuge ega tea, mida olukorras enda heaks ette võtta. Takistustena töid toetavas funktsioonis olevad isikud välja psüühikahäirega isikute kogukonda sulandumist takistavad tegurid milleks on, psüühiline ebastabiilsus, soov saada häid asju elus ilma sellesse panustamata.

Füüsiline aktiivsus ja sotsiaalne osalus võivad lähendada indiviide teistele inimestele ja nendega seotud tegevused võivad hilisemas elus kaitsta vaimsete häirete eest. Me mõistame, et psüühikahäirega inimeste sotsiaalne seotus ja koos elamine võib parandada nende vaimset funktsioneerimisvõimet ja anda neile enesetõhususe arenemise kaudu juurdepääsu teabele ja ressurssidele, ühisele otsustamisele, materiaalse ja emotsionaalse toe pakkumisele, positiivse tervisekäitumise modelleerimisele ja toimetuleku mehhanismidele (Devin jt., 2017). Uurimuses osalenud toetavas funktsioonis isikud leidsid samuti, et kogukonda sulandumisel on suureks abiks psüühikahäirega tööealise isiku aktiivsus ja avatus uutele võimalustele ning suhete loomisele.

KOKKUVÕTE

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli uurida ja analüüsida psüühikahäirega tööeliste kogukonda kaasamise võimalusi Elva vallas. Psüühikahäirega isikute kogemuslood ja enesetajumine ühiskonna kontekstis aitavad paremini mõista, millistes eluvaldkondades toimimine ja tegutsemine nõuab suuremat pingutust psüühikahäirega isikult ja kuidas on võimalik kogukonnalt (lähedastelt, sõpradelt, naabritelt ja kolleegidelt) olulist tuge saada. Töö eesmärgi saavutamiseks püstitasin kolm küsimust, millele kokkuvõttes vastused annan.

Uurimuse esimeseks küsimuseks oli: „**Millist mõju avaldab psüühikahäire igapäevaeluga toimetulekul, suhetes lähedaste, naabrite ja ümberkaudsetega?**“ Psüühikahäire avaldab mõju kõige lihtsamate ja elementaarsete igapäevaelu toimingute tegemisel, röövides isikult tema tahtejõu ja energia. Seetõttu peavad psüühikahäirega isikud, end pidevalt sundima ja motiveerima, et tehtud saaks olulised toimingud (enese eest hoolitsemine, toidu valmistamine, tubade koristamine jms.) Psüühikahäire avaldab mõju ka inimsuhetele, kus psüühikahäirega isiku emotsioonide tulv ja suutmatus kontrollida oma käitumist lõppevad tihti ka lähedaste poolse hülgamisega.

Teine uurimus küsimus oli: „**Milline on psüühikahäirega isiku majanduslik toimetulek ja tööalased väljavaated?**“ Psüühikahäirega tööelised isikud on valdavalt töövõimetuspensionärid, kelle peamiseks sissetulekuallikaks on töövõimetoetus, kuid lisa käiakse teenimas ka palgatööd tehes. Majanduslikke raskusi tekitavad peamiselt võlgnevused, mis on jõudnud kohtutäituriteni ning nende tagasimaksmisega ollakse hätta jäänud. Töölaste väljavaadete osas on olukord keeruline, kuna peamiselt puuduva psüühikahäirega isikutel nõutud haridus, tööharjumus või töökogemus, et leida tasuvamat ja kindlamat töökohta. Seetõttu töötavad psüühikahäirega tööelised isikud, kas läbi toetavate programmide (pikaajaline toetatud töötamise teenus) või lihtsamatel töödel (füüsilist pingutust nõudvad töökohad).

Psüühikahäirega tööelised isikud kahtlevad pidevalt enese vajalikkuses ja olulisuses ning võrdlevad end teiste inimeste ja nende saavutustega. Selline võrdlemine mõjub halvasti aga enesekindlusele ja -teostusele, pigem ollakse valmis lööma käega asjadele, mis tunduvad oma iseloomult liiga rasked. Psüühikahäirega tööelised isikud tajuvad lähedaste ja naabrite halvustavaid pilka ja hukkamõistu, kui teatud situatsioonides ei suudeta end ja oma probleeme

selgesti väljendada. Ka eelistatakse suhelda ja luua uusi suhteid inimestega, kellega tunnetatakse sarnasusi.

Kolmanda uurimusküsimuse vastuseks soovisin saada: „**Kuidas saavad toetavas funktsioonis töötajad lihtsustada psüühikahäirega inimese kogukonda sulandumist?**“. Toetavas funktsioonis olevate isikute hinnangul on esmalt kõige olulisem psüühikahäirega isikute enda avatus ja aktiivsus uutele olukordadele, võimalustele ja suhtele. Sellest etapist on lihtsam edasi liikuda abistamisega, pakkudes neile vajaliku informatsiooni, materiaalsel toetust või jõustades neid proovima uusi asju oma elus. Väga palju on abiks kui toetavas funktsioonis töötajal on varasem kokkupuude ja ülevaade psüühikahäirega isiku taustaloost, nii on lihtsam leida just sellele inimesele sobiva lahendused kogukonda sulandumiseks.

Lähtuvalt käesoleva uurimustulemustest esitan järgmised olulised ettepanekud toetavas funktsiooni olevatele töötajatele:

- Psüühikahäirega tööeliste kogukonda kaasamisel tuleb arvesse võtta kõiki nende elu mõjutavaid aspekte (igapäevaeluga toimetulek, majanduslik olukord, tööalased võimalused, tervis ja heaolu jne.), et selgitada välja millistest eluvaldkondades on suurimad puudujäägid (nt. sotsiaaltöötaja poolt juhtumiplaani ja tegevuskava koostamine).
- Vajadusel määrata toetavad teenused (nt. tugiisikuteenus, võlanõustamisteenus või sotsiaaltransporditeenus), et tagada psüühikahäirega tööeliste isikute toimetuleku ja ressursside kättesaadavus.
- Leida või luua uusi huviringe ja tegevusi, millest psüühikahäirega isikud saaksid osa võtta, koos teiste inimestega ning seeläbi luua uusi sotsiaalseid suhteid.
- Edendada suhteid naabruskonnaga ning luua võimalused psüühikahäirega inimeste toimetuleku toetamisel.

VIIDATUD ALLIKAD

Abas, M. A., Sureeporm, P., Tawanchai, J., Kanchana, T., ja Morven, L. (2009). Psychological wellbeing, physical impairments and rural aging in a developing country setting. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7.

Agerbo, E., Eriksson, T., Mortensen, P. B., ja Westergaard-Nielsen, N. (1998). Unemployment and mental disorders – an empirical analysis. 2–3.

Anderson, L. (2017). *Mental Illness. Deviance: Social Constructions and Blurred Boundaries*. Oakland, California: University of California Press. Kasutatud 15.05.2020 www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctv1wxsjn.15

Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health services system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 527.

Atkinson, A. B. (1998). Social exclusion, poverty and unemployment. Centre for the Analysis of Social Exclusion, London School of Economics, 1–20.

Aubry, T., ja Myner, J. (1996). Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15, 5–20.

Barry, B. (2002). Social exclusion, social isolation, and the distribution of income. In *Understanding Social Exclusion*. 13–29.

Bartlett, R., ja O'Connor, D. (2010). Broadening the dementia debate: Towards social citizenship, *Policy Press*, 37.

Bhartia, D., Dumitru, A., Haugaard, V., Hernandez, M., Lynch, J., Nedoma, R., Wang, Y., Michael, P., Wijesinghe, S., Papagavriel, K., ja Suzuki, M. (2017). Personal well-being networks for severe mental illness: the importance of being social. Kasutatud 2.05.2020

<https://www.nationalelfservice.net/mental-health/schizophrenia/personal-well-being-networks-for-severe-mental-illness-the-importance-of-being-social/>

Biordi, D. L., ja Nicholson, N. R. (2009). Social isolation. *Chronic Illness: Impact and Interventions*. Jones and Bartlett Publishers, 85–116.

Boardman, J. (2011). Social exclusion and mental health – how people with mental health problems are disadvantaged: an overview. *Mental Health and Social Exclusion*, 15 (3), 117–118.

Bromley, E., Gabrielian, S., Brekke, B., Pahwa, R., Daly, K. A., Brekke, J. S., ja Braslow, J. T. (2013). Experiencing community: perspectives of individuals diagnosed as having serious mental illness. *Psychiatric services*, 64 (7).

Brunt, D., ja Hansson, S. (2002). The social networks of persons with severe mental illness in in-patient settings and supported community settings. *Journal of Mental Health*, 11(6), 611–621.

Burchardt, T., Le Grand, J., ja Piachaud, D. (2002). Degrees of exclusion: developing a dynamic, multidimensional measure. In *Understanding Social Exclusion*, 30–43.

Butcher, H., Banks, S., Henderson, P., ja Robertson, J. (2007). *Critical community practice*. The Policy Press.

Castel, R. (2000). The roads to disaffiliation: Insecure work and vulnerable relationships. *International Journal of Urban and Regional Research*, 24(3), 519– 535.

Chavis, D. M., ja Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban- environment: A catalyst for participation and community-development. *American Journal of Community Psychology*, 18, 55–77.

Cohen, G. D., et al. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 46(6), 726–734.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676.

Cornwell, E. Y., ja Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48.

Corrigan, P. W., ja Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications, 73.

Creswell, J.W., ja Creswell D. (2018). *Research Design 5th edition. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. SAGE Publications. 179.

Cummins, R. A., ja Lau, A. L. D. (2003). Community integration or community exposure? A review and discussion in relation to people with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 145–157.

Dako-Gyeke, M., ja Asumang, S. (2013). Stigmatization and discrimination Experiences of persons with mental illness: insights from a qualitative study in Southern Ghana. *Social Work & Society, International Online Journal*, 11(1).

Davidson, W., ja Cotter, P. (1986). Measurement of sense of community within the sphere of city. *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 608–619.

Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., Deane, F. P., Wolstencroft, K., Turut, S., ja Meldrum, M. (2019). Health literacy in people living with mental illness: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 280, 1–2.

Denzin, N. K., ja Lincoln, Y. S. (2018). The SAGE Handbook of Qualitative Research. SAGE Publications, 87.

Devine, P., Montgomery, L., Anand, C. J., ja Dhonaill, C. N. (2017). Social isolation and older men – learning from research. *Community Development Journal*, 54, 2, 275–285.

Dickens, A. P., et al. (2011). An evaluation of the effectiveness of a community mentoring service for socially isolated older people: a controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 218.

Discrimination and mental health. (2020). Kasutatud 2.05.2020
<https://www.rethink.org/advice-and-information/rights-restrictions/mental-health-laws/discrimination-and-mental-health/>

Fact sheet on sustainable development goals: health targets. (2018). Kasutatud 2.05.2020
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348011/Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf?ua=1

Forde, C., ja Lynch, D. (2015). Social Work and Community Development. A Critical Practice Perspective. 7.

French, S., Wood, L., Foster, S. A., Giles-Corti, B., Frank, L., ja Learnihan, V. (2014). Sense of Community and Its Association With the Neighborhood Built Environment. *Environment and Behavior*, 46(6), 677–697.

Ghai, S., Sharma, N., Sharma, S., ja Kaur, H. (2013). Shame and Stigma of Mental Illness. *Delhi Psychiatri Journal*, 16(2).

Greaves, C. J., ja Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 133–142.

Gyasi, R. M., Yeboah, A. A., Mensah, C. M., Ouedraogo, R., ja Addae, E. A. (2019). Neighborhood, social isolation and mental health outcome among older people in Ghana. *Journal of Affective Disorders*, 259, 154–163.

Hawkley, L. C., ja Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227.

Hollander, D., ja Wilken, J. (2015). Kuidas klientidest saavad kodanikud. Taastumise ja kaasatuse toetamine CARE metoodika abil. DUO kirjastus.

James, W. J., Sivakumar, T., Kumar, C. N., ja Thirthalli, J. (2019). Change in attitude of ASHAs towards persons with mental illnesses following participation in community based rehabilitation project. *Asian Journal of Psychiatry*, 46, 51–53.

Jun, W. H., ja Choi, Y. J. (2019). The relationship between community integration and mental health recovery in people with mental health issues living in the community: A quantitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3).

Kopel, D. B., ja Cramer, C. E. (2015). Reforming Mental Health Law to Protect Public Safety and Help the Severely Mentally Ill. *Howard Law Journal*, 2015, 58(3), 715–778.

Kotov, K. (2020). Vabatahtlike ja kogukonna roll pikaajalises hoolduses. Olukorra kirjeldus ja poliitikasuunised. *Sotsiaalsete Ettevõtete Võrgustik*.

Ledwith, M. (2011). Community Development: A Critical Approach. The Policy Press. 13–14.

Link, B., ja Phelan, J. (2004). Fear of people with mental illness: the role of personal and impersonal contact and exposure to threat or harm. *Journal of Health and Social Behaviour*, 45, 68–80.

Lubben, J., Gironda, M., Sabbath, E., Kong, J., ja Johnson, C. (2015). Social Isolation Presents a Grand Challenge for Social Work. *Grand Challenges for Social Work Initiative*, 7, 5–6.

MacQueen, K. M., McLellan, E., Metzger, D. S., Kegeles, S., Strauss, R. P., Scotti, R., Blanchard, L., ja Trotter, R. T. (2001). What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health, *Am J Public Health*, 91(12).

May, T. (2001). Social Research. Issues, methods and process. Open University Press, 123.

McMillan, D. W., ja Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 8.

Mead, N., et al. (2010). Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 196(2), 96–100.

Mejia-Lancheros, C., Lachaud, J., O'Campo, P., Wiens, K., Nisenbaum, R., Wang, R., et al. (2020). Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental illness. *PLoS ONE*, 15(2).

Mets, A.-L. (2020). Võtke eeskju: Eesti poiss jättis eaka naabrinaise postkasti seoses eriolukorraga väga armsa kirja. Kasutatud 2.05.2020 <https://kodu.geenius.ee/rubriik/uudis/votke-eeskuju-eesti-poiss-jattis-eaka-naabrinaise-postkasti-seoses-eriolukorraga-vaga-armsa-kirja/>

Minkler, M., Wallerstein, N., ja Wilson, N. (2005) Improving health through community organization and community building, Rutger University Press.

Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., ja Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health. Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 191, 477–483.

Morioka, K. (2012). A climate for change: Understanding women's vulnerability and adaptive capacity to climate change from ActionAid's rights-based approach - case studies from Papua New Guinea and Solomon Islands. Kasutatud 2.05.2020

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/a%20climate%20for%20change_final.pdf

Naess, A., Drengson, A. R., ja Devall, B. (2008). *Ecology of Wisdom: Writings by Arne Næss*, Counterpoint Press, Berkely, CA, USA.

Nasar, J. L., & Julian, D. A. (1995). The psychological sense of community in the neighborhood. *Journal of the American Planning Association*, 61, 178–184.

Narusson, D. (2019). Personal-recovery and agency-enchancing client work in the field of mental health and social rehabilitation: Perspectives of persons with lived experience and specialists. University of Tartu Press. 26.

Naveen R. (2017). Mental health in the workplace: World mental health day 2017. *Indian J Occup Environ Med*, 21, 99–100.

Nguyen, A. W., Taylor, R. J., Taylor, H. O., ja Chatters, L. M. (2019). Objective and Subjective Social Isolation and Psychiatric Disorders Among African Americans. *Clinical Social Work Journal*, 48, 87–98.

Ogbuja, G. C. (2012). *Correlation between Poverty and Mental Health: Towards a Psychiatric Evaluation*, University of Texas, 3.

Palmer, J., Williams, M., Instone, L., Mee, K., ja Vaughan, N. (2012). *Climate Change Outcomes in the Rental Sector: Strategies for more-than-adaptation*. Kasutatud 2.05.2020, https://www.newcastle.edu.au/__data/assets/pdf_file/0020/33383/Briefing-Paper-Two.pdf

Paris-Gagné, E., ja Pariseau-Legault, P. (2019). Psychiatry, risk and vulnerability: The significance of Robert Castel's work for nursing. *Nursing Philosophy*, 21(2).

Perkins, R., ja Repper, J. (2013). Prejudice, discrimination and social exclusion: reducing the barriers to recovery for people diagnosed with mental health problems in the UK. *Neuropsychiatry*, 3(4), 377–384.

Pretty, G., Bishop, B., Fisher, A., ja Sonn, C. (2006). Psychological sense of community and its relevance to well-being and everyday life in Australia. The Australian Psychological Society.

Prezza, M., Amici, M., Roberti, T., ja Tedeschi, G. (2001). Sense of community referred to the whole town: Its relations with neighboring, loneliness, life satisfaction, and area of residence. *Journal of Community Psychology*, 29, 29–52.

Psüühikahäirete klassifikatsioon ja diagnoosimine. (2017). Kasutatud 2.05.2020 <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/vaimne-tervis/psuuhikahairete-diagnoosimine>

Rowe, M., ja Davidson, L. (2016). Recovering citizenship. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 53, 14–20.

Sarason, S. B. (1974). The psychological sense of community: Prospects for a community psychology. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Shannon, S. E., ja Hsieh, H.-F. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 16(9), 1278–1279.

Shaw, I., Briar-Lawson, K., Orme, J., ja Ruckdeschel, R. (2010). *The Sage Handbook of Social Work Research*.

Shaw, I., ja Holland, S. (2014). *Doing Qualitative Research in Social Work*. SAGE Publication. 3.

Silver, H., ja Miller, S. M. (2003). Social exclusion: the European approach to social disadvantage. *Indicators*, 2, 1–17.

Slade, M., ja Wallace, G. (2017). Recovery and Mental Health. In: Wellbeing, Recovery and Mental Health. Cambridge University Press. 24–34.

Spivak, S., Cullen, B., Eaton, W. W., Rodriguez, K., ja Mojtabai, R. (2019). Financial hardship among individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 282, 1–4.

Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister. (i.a.) [andmeregister] Kasutatud 2.05.2020

Sudmann, T. T., ja Breivik, J.-K. (2018). Editorial: special issue on community work and going global in Scandinavian Welfare States. *Community Development Journal*, 53(3), 407–408.

Sweet, D., Byng, R., Webber, M., Enki, D. G., Porter, I., Larsen, J., ja Pinfold, V. (2018). Personal well-being networks, social capital and severe mental illness: Exploratory study. *The British Journal of Psychiatry*, 212, 308–317.

Tartu Linnavalitsus. (2020). Kasutatud 2.05.2020 <https://tartu.ee/tartuaitab>

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., ja Stewart-Brown S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*, 5.

Terry, R., Townley, G., Brusilovskiy, E., ja Salzer, M. S. (2018). The influence of sense of community on the relationship between community participation and mental health for individuals with serious mental illnesses. *Journal of Community Psychology*.

Townley, G., ja Kloos, B. (2011). Examining the psychological sense of community for individuals with serious mental illness residing in supported housing environments. *Community Mental Health Journal*, 47, 436–446.

Townley, G., Miller, H., ja Kloos, B. (2013). A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 52, 84–96.

Vaimse tervise strateegia 2016-2025. (2016). Kasutatud 15.05.2020 https://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/04/Vaimse_tervise_heaolu_strateegia_2016-2025_30.03.2016.pdf

What is mental illness? Kasutatud 2.05.2020 <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>

Windle, K., Francis, J., ja Coomber, C. (2011). Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes, 2–4.

Wong, Y. L., ja Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4, 13– 28.

Lisa 1. Intervjuukava

Kliendi profiil

sugu:

vanus:

sünnikoht:

haridus:

Elamine

- Kus sa elad? Kellega sa koos elad?
- Kus Sa elasid enne valla sotsiaaleluruumi kolimist? Kirjelda paari lausega oma uut elukoht? (*Esitan küsimused, kui klient on vahetanud elukohta*)
- Kuidas oled sa kohanenud uue elukeskkonnaga? (*Esitan küsimused, kui klient on vahetanud elukohta*) Mis on meelepärane ja mis sind häirib?
- Kuidas on su suhted naabritega? Kas sul on tekkinud lähedasi ja/või usalduslikke suhteid naabritega/ümbruskonnas elavate inimestega?
- Mida sa sooviksid muuta oma elukeskkonnas?
- Kuidas antud elukeskkond mõjutab sinu tervist?
- Kuidas sa saad hakkama igapäevaelu toimingutega: söögi tegemine, tubade korrashoid, enesehügieen jms.

Töötamine/rahaasjad

1. Kas sa käid hetkel tööl?
2. Kus ja kellena sa töötad?
3. Kui suure koormusega sa tööl käid?
4. Kirjelda oma tööalaseid suhteid kolleegiga/tööandjaga?
5. Kes tegeleb sinu rahaasjade korraldamisega?
6. Kuidas sa hindad oma toimetulekut rahaasjade ajamisel?
7. Mis mõjutavad hetkel sinu rahalist seisu? Võlad?
8. Kelle ees on sul tekkinud võlgnevusi ja miks?

Tervis

1. Milliseks sa hindad oma hetke füüsilist tervist?
2. Milliseks sa hindad oma hetke vaimset tervist?
3. Kui tihti pöördud sa oma murega perearsti või mõne eriarsti poole?
4. Kuidas on sinu enesetunne mõjutanud üleüldist heaolu? Tööl käimine, eluaseme korrashoid, enesehügieen jms.
5. Milliseid raskusi on valmistanud kehv tervislik seisund sinu elus?

Vaba aeg

1. Millega sa vabal ajal tegeled?
2. Mis on sinu hobid?
3. Milliseid hobi- ja huviringe sa külastad?
4. Kellega sa vabal ajal suhtled?
5. Kas sul on olemas usaldus isik?

Suhted/kontaktid/kogukonnaga seotus

1. Kas sul on lähedasi, sugulasi, kellega sa suhtled igapäevaselt ja kes on kursis sinu elukäiguga?
2. Kuidas sa hindad suhteid naabritega?
3. Kuidas sa hindad suhteid kogukonnaga sinu ümber?
4. Kelle poole sa esmalt pöördud kui on tekkinud mõni mure?

KOV

1. Millised teenuseid- ja toetusi sa oled oma vallalt saanud?
2. Kuidas on need mõjutanud sinu elu?
3. Millist abi/nõu sa ootad oma piirkonna sotsiaaltööspetsialistilt?

Lisa 2. Intervjuukava toetavas rollis olevatele töötajatele

1. Kuidas ja millega Te antud isikut aidanud olete? (kolimisel, uude elukohta sisse elamisel, igapäevaeluga toimetulekul, suhted lähedastega jne.)
2. Miks Te olite nõus aitama? Mis ajendas?
3. Milliseid muutusi olete antud isikus märganud?
4. Millised on Teie arvates antud isiku, kui psüühikahäirega tööealise, võimalused kogukonda sulandumiseks? Kes on kogukonna võtmeisikud, kelle poole võiks antud isik pöörduda?
5. Mis on Teie arvates takistavad tegurid antud isiku kogukonda sulandumisel?

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Sille Kask, annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „**Psüühikahäirega tööeliste kogukonda kaasamise võimalused Elva valla näitel**“, mille juhendaja on Dagmar Narusson, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Sille Kask

25.05.2020